biblioterapia

DR. JEN GUNTER

MANIFESTUL MENOPAUZEI

O ABORDARE ȘTIINȚIFICĂ ȘI FEMINISTĂ

O lectură eliberatoare și o analiză detaliată
a tot ceea ce înseamnă menopauza.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY

DR. JEN GUNTER este medic ginecolog specializat în medicina durerii și afecțiunilor vulvo-vaginale și redactor la *The New York Times*, unde scrie articole despre sănătatea femeii.

Unul dintre subiectele care o preocupă în mod deosebit este reprezentat de nou-născuții prematuri, despre care a scris și o carte, după ce ea însăși a trecut prin experiența decesului unuia dintre tripleți.

Revoltată din cauza mentalității patriarhale și a numeroaselor mituri vehiculate cu privire la transformările pe care le aduce menopauza, dr. Jen Gunter a hotărât să scrie pentru toate femeile cărora nu li s-a spus și continuă să nu li se spună adevărul despre propriul corp. De aceeași autoare, la Curtea Veche Publishing a mai apărut *Biblia vaginului*, în 2021.

Pentru mai multe informații despre dr. Jen Gunter, podcasturi, articole și evenimente, vizitează-i site-ul: drjengunter.com..

OANA PASCU și-a început cariera de traducătoare în 2013, după absolvirea Facultății de Litere a Universității Transilvania din Brașov. Pasionată de lectură și de limba engleză, îmbină plăcerea de a citi cu aceea de a le da glas autorilor străini în limba sa maternă. Printre autorii traduși se numără Gordon Neufeld, Gabor Maté, Joanna Faber, Julie King, Loretta Graziano Breuning și Jenny Odell.

DR. JEN GUNTER

MANIFESTUL MENOPAUZEI

O ABORDARE ȘTIINȚIFICĂ ȘI FEMINISTĂ

Traducere din engleză de
OANA PASCU

CURTEA VECHE

Tuturor femeilor.

Sunteți minunate, iar asta
nu are nicio legătură cu estrogenul.

Cuprins

INTRODUCERE

Manifestul

PARTEA ÎNTÂI

REVENDICAREA SCHIMBĂRII

CAPITOLUL 1

A doua maturizare

CAPITOLUL 2

Istoria și limbajul menopauzei

CAPITOLUL 3

Biologia menopauzei

CAPITOLUL 4

Avantajul evolutiv al menopauzei

CAPITOLUL 5

Momentul menopauzei

CAPITOLUL 6

Când menstruația și ovulația se opresc înainte de de ani

PARTEA A DOUA

ÎNȚELEGEREA SCHIMBĂRII

CAPITOLUL 7

Metamorfozele menopauzei

CAPITOLUL 8

Miezul problemei

CAPITOLUL 9

Este cald sau mi se pare?

CAPITOLUL 10

Haosul menstrual

CAPITOLUL 11

Sănătatea oaselor

CAPITOLUL 12

Creierul tău la menopauză

CAPITOLUL 13

Vaginul și vulva

CAPITOLUL 14

Sănătatea vezicii urinare

CAPITOLUL 15

Să vorbim despre sex

CAPITOLUL 16

Mă voi mai simți vreodată odihnită?

PARTEA A TREIA

TERAPIA PENTRU SCHIMBARE

CAPITOLUL 17

Tratamentul hormonal al menopauzei

CAPITOLUL 18

Universul cinematic al hormonilor

CAPITOLUL 19

Fitoestrogenii, alimentele și hormoni

CAPITOLUL 20

Hormonii bioidentici naturali și preparatele magistrale

CAPITOLUL 21

Diete la menopauză

CAPITOLUL 22

„Menoceuticele“

CAPITOLUL 23

Contracepția și tranziția spre menopauză

PARTEA A PATRA

PREIA CONDUCEREA SCHIMBĂRII

CAPITOLUL 24

Bun-venit la „menopetrecerea“ mea

CAPITOLUL 25

Gânduri finale.

Materiale suplimentare

Bibliografie selectivă

Mulțumiri

INTRODUCERE

Manifestul

Dacă ar fi pe Yelp[1], menopauza ar avea o singură stea. Recenziile pe care le-ar primi ar suna cam așa:

> *Acest loc are dereglări de temperatură. Căldură sufocantă urmată de frisoane îngrozitoare. Sfidează legile termodinamicii. Nu as recomanda-o.*
>
> *Îngrozitor, îngrozitor, îngrozitor! Sângerarea era programată, dar a fost amânată fără înștiințare prealabilă, așa că a venit cu trei săptămâni mai târziu decât era prevăzut, în timp ce eram într-un taxi și am pătat bancheta. Șoferul mi-a făcut o recenzie îngrozitoare!*
>
> *Zona a rămas uscată în timpul sexului.*

Și nu-i deloc de mirare. Cele mai multe femei habar nu au la ce să se aștepte atunci când nu mai așteaptă să le vină menstruația și este oribil și descurajant să nu înțelegi ce se întâmplă cu corpul tău și de ce.

Menopauza este ca și cum ai fi trimisă să faci rafting fără un ghid la îndemână și doar cu o vagă idee despre direcția în care te îndrepți, deși te aștepți să fie îngrozitor. Nu vei primi niciun sfat despre cum să ajungi la destinație sau cum să gestionezi oricare dintre obstacolele întâlnite, cum ar fi vârtejurile. În cazul în care ele există. Cine știe? N-ai decât să te distrezi încercând să îți dai seama! Ce momente frumoase! Oh, și să nu notezi nimic! Nu vrea nimeni să știe amănunte despre călătoria ta sau cum te simți după ce ajungi la destinație.

Teamă? Bifat. Incertitudine? Bifat. Implicații medicale? Bifat. Simptome neplăcute? Bifat. Irelevanță din punct de vedere social? Bifat.

Nu-i deloc surprinzător că menopauza primește recenzii oribile.

Cultura tăcerii cu privire la menopauză în societatea noastră patriarhală este ceva uimitor. Menopauza nu este demnă nici măcar de rușinea cu care societatea tratează vulva și vaginul. Aparent, nu există nimic mai lipsit de valoare decât corpul unei femei care îmbătrânește, și sunt mulți cei care tratează menopauza nu ca pe o fază a vieții, ci mai degrabă ca pe una premergătoare morții.

Puținele lucruri care se spun despre menopauză sunt adesea privite prin prisma insuficienței ovariene – afirmația că menopauza este o boală care există pentru că femeile și ovarele lor sunt slabe. Singurul temei pentru susținerea acestui lucru este

acela că bărbații nu au parte de menopauză. Dar să compari astfel femeile și bărbații este ca și cum ai compara ficatul cu inima. Ficatul nu este slab sau bolnav pentru că nu bate ca inima, iar femeile nu sunt bolnave pentru că ovarele lor încetează să mai producă estrogen.

Absența temei menopauzei din discursul nostru face ca femeile să fie dezinformate, ceea ce le poate descuraja și speria și le îngreunează misiunea de a-și susține cauza. În consecință, multe dintre ele suferă din cauza simptomelor sau nu beneficiază de controale medicale ori de tratamente importante pentru că au fost respinse cu platitudini de genul „Orice femeie trece prin asta“ sau „Nu este chiar atât de grav“. Dar problemele legate de menopauză depășesc chiar și lipsa informațiilor și neglijența medicală. Femeile îmi spun că menopauza este o experiență solitară, că nu există povești sau o cultură a menopauzei. Și, astfel, nu există nici o rețea de persoane în care să se facă schimb de informații și experiențe și care să preia ștafeta de la medici. Nu există nimic care să ofere alinare.

Dar multe femei sunt disperate să afle mai multe despre menopauză, ca să înțeleagă cum și de ce li se schimbă corpul, și vor informații ca să ia decizii care să funcționeze în cazul lor. În plus, ele vor și să discute despre ceea ce se întâmplă cu corpul lor.

Eu compar aceste experiențe cu cele prin care am trecut eu. După ce am început studiile la facultatea de medicină când aveam 20 de ani și după ce m-am specializat în obstetrică-ginecologie la 24 de ani, nu-mi amintesc să fi avut vreo perioadă în care să nu fi înțeles în detaliu schimbările hormonale produse atât de ciclul menstrual, cât și de menopauză. Și nu mă refer aici doar la anatomie, ci și la modul în care să o aplic practic asupra propriului corp. Nu m-am gândit nici măcar o dată: *Uau, asta m-a luat prin surprindere!* sau *De ce transpir atât de mult la vârsta de 45 de ani?* sau *CE SE ÎNTÂMPLĂ – DE CE SÂNGEREZ PESTE TOT?*

Cunoștințele mele medicale nu m-au ferit de acneea specifică menopauzei, de bufeuri sau de acele menstruații abundente „speciale“ care sunt tipice tranziției spre menopauză. Dar pentru că știam exact ce se întâmplă și când să apelez la medic, întregul proces a părut o rutină. Pentru că știam care teste sunt indicate și care nu și pentru că înțelegeam aspectele medicale, mi-a fost mult mai ușor să parcurg opțiunile de tratament, să-l aleg pe cel mai sigur și mai eficient și să evit marketingul înșelător. Când am pornit în tranziția spre menopauză, petrecusem deja mai bine de 20 de ani vorbind cu femeile despre modul în care resimt menopauza și ajutându-le să își controleze simptomele și orice altă problemă de sănătate, așa că auzisem multe povești și cunoșteam cam toate stările, precum și opțiunile de tratament. Am

fost norocoasă că perspectiva mea asupra subiectului nu se limita la ceea ce văzusem acasă. Menopauza mamei mele fusese ca un vulcan și, dacă acesta ar fi fost singurul punct de plecare, aș fi fost destul de speriată.

Pe internet, dar și în timpul turneului de promovare a cărții mele *Biblia vaginului*[2] și în multe interviuri cu jurnaliștii, am auzit adesea (și încă mai aud și astăzi) întrebări legate de menopauză precum „Ce să fac?“ și „Cui să mă adresez?“. Îmi amintesc în special un interviu care nu avea nicio legătură cu menopauza, și nici măcar cu menstruația, și în timpul căruia, dintr-un motiv oarecare, am menționat tangențial că folosesc un plasture cu estrogen. Din momentul acela, conversația a deviat complet și jurnalista a vrut să discutăm numai despre menopauză. Observând des asemenea lucruri, am înțeles că femei din toată lumea au nevoie de astfel de informații și așa am devenit obsedată de ideea că fiecare femeie ar trebui să știe despre menopauză la fel de multe ca orice ginecolog bine informat, ceea ce mi-am și propus să fac în această carte.

Ca să treacă prin menopauză, femeile au nevoie de adevăruri științifice, deoarece puterea necesită informații exacte – dar au nevoie și de feminism, deoarece corpul nostru, îngrijirea medicală și chiar și mentalitatea au fost colonizate de un tipar de gândire patriarhal. Absența culturii

menopauzei din discuțiile noastre este urmarea dorințelor femeilor. Ele nu și-au dorit nici limbajul adesea peiorativ cu privire la menopauză, și nici neglijența medicală.

Femeile aud adesea doar aspectele neplăcute legate de menopauză, dar adevărul este că trăirea acestei etape reprezintă o multitudine de alte lucruri. Multe femei au simptome ușoare, unele moderate, iar altele severe. De cele mai multe ori, aceste simptome sunt temporare, dar ocazional sunt de lungă durată. Într-adevăr, menopauza dă startul unei serii de evenimente biologice care cresc riscul femeii de a suferi de mai multe afecțiuni medicale, cum ar fi bolile cardiovasculare și osteoporoza. Dar menopauza nu este singura vopsea din paleta care poate fi folosită pentru portretul unei femei. Vârsta, alte afecțiuni medicale, dieta, exercițiile fizice și chiar experiențele negative din copilărie dau, de asemenea, culoare tabloului. Așadar, atunci când vrea să știe ce ar trebui să facă, este important ca femeia să facă un pas înapoi și să privească imaginea de ansamblu. Controlarea menopauzei este exercițiul suprem al medicinei generale sau al celei holistice.

Menopauza nu este o boală, ci o adaptare evolutivă, care face parte din supraviețuirea speciei, la fel ca perioadele menstruale sau capacitatea organismului de a-și suprima sistemul imunitar în timpul sarcinii, astfel încât să nu atace fătul. Ca și celelalte fenomene biologice, menopauza

este asociată cu unele efecte negative – în acest caz, cu simptomele sale supărătoare pentru unele femei și cu un risc crescut de apariție a mai multor afecțiuni medicale. Dar menopauza intervine când femeia îmbătrânește, așa că este la fel de important să nu respingem fiecare simptom ca având legătură cu hormonii. Este vital ca femeile să știe despre menopauză, dar și despre tot ceea ce vine la pachet împreună cu ea, astfel încât să poată înțelege ce se întâmplă cu corpul lor, să privească în perspectivă și să ceară asistență medicală atunci când este nevoie.

Manifestul este o declarație sau o proclamație publică și a trecut de mult momentul în care ar fi trebuit să avem un manifest despre menopauză, deoarece în 2021 s-au împlinit 200 de ani de la apariția acestui cuvânt. Manifestul meu este pentru ca toate femeile să aibă cunoștințele pe care le-am avut eu pentru a le ajuta să treacă prin menopauză. Cer ca epoca tăcerii și a rușinii cu privire la menopauză să facă loc adevărurilor științifice și feminismului. Declar că trebuie să încetăm să privim menopauza ca pe o boală, pentru că asta ar însemna că să fii femeie este o boală, iar eu resping această ipoteză prost construită.

Declar, de asemenea, că ceea ce crede patriarhatul despre menopauză este irelevant. Bărbații nu au dreptul să definească importanța femeii la nicio vârstă.

Dacă ești la câțiva ani distanță de menopauză, sper că această carte te va

ajuta să înțelegi ce te așteaptă. Sper ca ea să-ți permită să privești menopauza ca pe o etapă a vieții, dar să te și informeze cu privire la măsurile preventive care pot fi luate pentru diminuarea oricărui impact al ei asupra sănătății. În plus, sper ca această carte să îți ofere cunoștințele necesare pentru a-ți gestiona cât mai bine menopauza, în funcție de preocupările tale individuale.

Dacă ai intrat deja în Echipa Menopauzei, sper că această carte te va ajuta să înțelegi cum ai ajuns în această etapă – din punct de vedere biologic – și că îți va oferi informațiile necesare despre ceea ce trebuie să iei în considerare în continuare, din punct de vedere al sănătății. Nu este niciodată prea târziu pentru a lua măsuri preventive, iar multe simptome și afecțiuni medicale ar putea avea încă nevoie să fie ținute sub control.

Iar dacă te afli în perioada de tranziție spre menopauză și te confrunți cu acel haos hormonal, să știi că pentru multe femei aceasta este cea mai dificilă etapă. Adesea, și numai să recunoști acest lucru poate fi de ajutor. Sper ca informațiile de aici să te ajute să înțelegi mai bine ceea ce se întâmplă cu corpul tău, iar dacă suferi, sper să te consoleze faptul că există multe explicații pentru ceea ce simți, dar și tratamente – iar aceste probleme nu vor dura la nesfârșit. Speranța mea este ca această carte să te ajute să menții în echilibru canoea în care faci rafting, ca să-ți poți trage sufletul.

Dacă ești o persoană transgen sau nonbinară, trecerea prin menopauză sau trăirea unor simptome asemănătoare menopauzei depinde de mulți factori. Bărbații trans și multe persoane nonbinare care nu iau hormoni resimt schimbările menopauzei descrise în această carte. Femeile trans care renunță la estrogen, precum și bărbații trans și unele persoane nonbinare care iau testosteron, pot avea simptome asemănătoare menopauzei. Deși sper ca informațiile din această carte să fie utile, studiile care au stat la baza ei au inclus femei care au sau au avut ovare, iar extrapolarea datelor la persoanele trans și nonbinare s-ar putea să nu fie întotdeauna exactă. Este nevoie urgentă de cercetări suplimentare.

Adevărurile științifice pot face ordine în haosul și incertitudinea provocate de menopauză, deoarece informațiile pot risipi temerile și oferi opțiuni de tratament. Chiar dacă opțiunea este de a nu acționa în niciun fel, totuși, ea reprezintă o poziție de putere, pentru că este un act de afirmare a autonomiei. Feminismul le poate ajuta pe femei să vadă prejudecățile care ar fi putut sta la baza convingerilor anterioare și să își redefinească menopauza nu ca pe un eveniment final, ci ca pe o altă fază a vieții.

Femeile vor mai multe informații despre menopauză, iar informațiile pot diminua suferința. Să știi ce se întâmplă cu corpul tău și că nu ești singura care se confruntă cu astfel de lucruri este un remediu puternic.

Adevărurile științifice le dau femeilor puterea de a lua deciziile care li se potrivesc în ceea ce privește sănătatea – nu poți fi o pacientă informată dacă ai informații inexacte.

Nu ar trebui să fie nevoie de un act de feminism ca să știi cum funcționează corpul tău, dar este. Și se pare că nu există un act de feminism mai mare decât să vorbești despre un corp aflat la menopauză într-o societate de tip patriarhal.

Așa că haide să ne facem auzite.

PARTEA ÎNTÂI

Revendicarea schimbării

Să-ți înțelegi corpul ca act de feminism

CAPITOLUL 1

A doua maturizare

De ce contează menopauza

Menopauza este pubertatea în sens invers – o tranziție de la o fază biologică a funcției ovariene la alta, dar modul în care privim aceste două procese nici că ar putea fi mai diferit.

Pubertatea este un subiect frecvent, sau cel puțin un actor în rol secundar, în romanele pentru adolescenți și tineri. (Slavă Domnului că există Judy Blume[3]!) Pubertatea este adesea abordată – cel puțin elementele ei esențiale – în programele școlare la biologie și în educația sexuală (deși, din păcate, educația sexuală nu se predă în toate școlile și nu se face întotdeauna corect). Medicii verifică, de

asemenea, reperele pubertății, cum ar fi dezvoltarea sânilor și apariția părului pubian, pentru a se asigura că ea progresează corect, și chiar și simplul act de măsurare a înălțimii cu un creion pe cadrul ușii în timpul unei perioade de creștere este o confirmare elementară a existenței pubertății. Maturizarea – trecerea de la copilărie la adolescență și apoi la vârsta adultă – este în mod obișnuit sărbătorită sau cel puțin recunoscută în mai multe culturi și/sau religii (deși, ca o paranteză, este important de menționat că menstruația nu transformă ca prin farmec o fată în femeie). Pubertatea este și un factor declanșator al unor afecțiuni medicale, de exemplu, acneea, menstruațiile dureroase și depresia. Pubertatea declanșează chiar și lanțul de procese care ar putea conduce într-o zi la apariția cancerului de sân.

Cu toate că nivelul și acuratețea informațiilor despre pubertate pot varia de la o cultură la alta, de la o școală la alta și de la o familie la alta, aproape toată lumea poate recunoaște existența ei și, în general, reușește să discute despre ea fără să o considere o boală sau fără să încadreze copilăria – perioada din viață în care aceste probleme nu sunt prezente – ca fiind standardul de aur în materie de sănătate.

Spre deosebire de pubertate, chiar dacă este o experiență prin care trece fiecare persoană cu ovare care trăiește suficient de mult, menopauza este învăluită în mister. Nu există o programă școlară dedicată

menopauzei, iar medicii rareori discută despre ea înainte să apară. În general, se vorbește despre acest subiect abia după ce o femeie își exprimă îngrijorările. Când se discută despre menopauză în societatea occidentală, ea este adesea privită negativ, ca o glumă proastă sau chiar ca o boală. Este o consecință a convingerii periculoase că femeile își pierd valoarea odată ce nu mai sunt capabile să se reproducă și a ipotezei false că menopauza este o disfuncție biologică, deoarece nu există un echivalent al ei la bărbați, care pot produce spermă până la bătrânețe. Dar dacă am privi acest argument dintr-un alt unghi, am putea la fel de bine să spunem că bărbații au o disfuncție biologică pentru că nu pot purta o sarcină sau pentru că fac boli de inimă mai devreme decât femeile. Dar să fim realiști! Deși, teoretic, bărbații au aparatul biologic necesar pentru a se reproduce până la moarte, îmbătrânirea are un impact semnificativ asupra fertilității masculine și a capacității fizice a unui bărbat de a fi activ sexual. Când un corp masculin cisgen idealizat este folosit ca așa-zis standard, este ușor să privim corpul feminin ca fiind imperfect. Acesta este un principiu de bază al patriarhatului.

Aș vrea să lămurim, totuși, lucrurile. Menopauza merită cel puțin aceeași atenție ca pubertatea (aș spune chiar mai multă), și nu este o boală, așa cum nici să fii bărbat nu este o boală.

Ce este menopauza?

Cuvântul nu are nicio legătură cu bărbații[4], ci a fost folosit pentru prima dată în 1812 de medicul francez Charles De Gardanne, care a pornit de la cuvântul *ménèpausie*, o combinație între *menes* și *pausie* („lună“ și, respectiv, „încetare“, în greacă – un termen obișnuit pentru această etapă a vieții). În 1821, De Gardanne a actualizat termenul în *ménopause*, iar apoi, undeva pe parcurs, accentul a fost abandonat în literatura medicală.

Menopauza apare atunci când în ovare nu mai există foliculi capabili să ovuleze, ceea ce înseamnă că nu mai există ovule. Vârsta medie când se întâmplă acest lucru este de 50–52 de ani. Una dintre trăsăturile definitorii este scăderea drastică a nivelului de estrogen, deoarece foliculii sunt principala sursă a acestui hormon. Scăderea estrogenului este cea care cauzează multe dintre simptomele și problemele medicale specifice menopauzei. Cu toate acestea, există noi cercetări care sugerează că și alte modificări hormonale (pe care le vom discuta mai târziu) sunt la fel de importante.

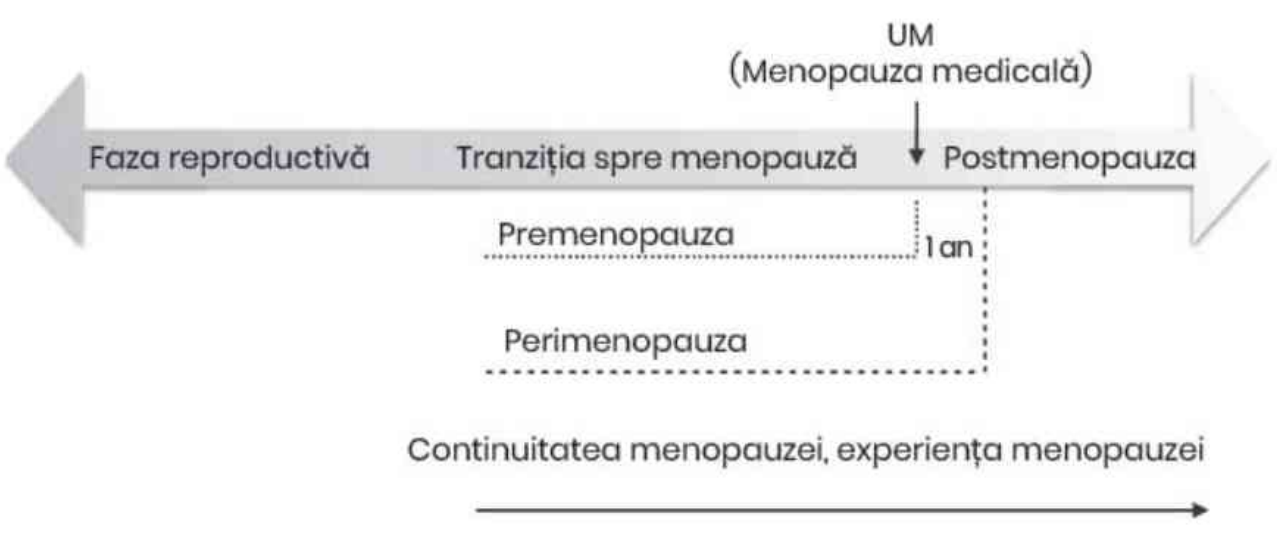


Figura 1. Fazele funcției ovariene

Din punct de vedere medical, tranziția spre menopauză este perioada care precedă ultima menstruație (sau UM), UM marchează instalarea menopauzei, iar tot ceea ce urmează după aceasta este postmenopauză (vezi figura 1). Deoarece nu este posibil să se știe care este ultima menstruație până când într-adevăr este ultima, menopauza este confirmată în mod oficial la 12 luni *după* UM.

Tranziția spre menopauză este perioada care precedă UM și se caracterizează prin fluctuații hormonale care au ca rezultat cicluri neregulate și diferite simptome, cum ar fi bufeurile. Există alți doi termeni comuni pentru tranziția spre menopauză: *pre*menopauza, care se poate substitui tranziției spre menopauză, și *peri*menopauza (a nu se confunda cu premenopauza, care este un termen separat), care reprezintă tranziția spre menopauză, precum și primul an de după ultima menstruație.

Durata tranziției spre menopauză (sau premenopauza) poate varia semnificativ de la o femeie la alta și nu este întotdeauna posibil să ne dăm seama la ce dată a început. În timpul tranziției spre menopauză pot exista o mulțime de menstruații finale false sau „păcăleli“, când o femeie crede că a avut ultima menstruație și apoi observă că nu este așa, în timp ce pentru altele trecerea prin această etapă poate fi mai degrabă un proces gradual sinuos. Sau ambele. Singurul

lucru previzibil la tranziția spre menopauză este imprevizibilitatea.

La terminologia confuză se mai adaugă și modul colocvial în care discutăm despre menopauză. Multe femei și medicii nu se zgârcesc să folosească adesea cuvântul „menopauză“. De exemplu, femeile spun „trec prin menopauză“, referindu-se la tranziția spre menopauză, sau „sunt la menopauză“, vorbind despre postmenopauză. Eu sunt adepta utilizării termenului „menopauză“ pentru a cuprinde întregul proces continuu de la tranziție încolo, deoarece simptomele și afecțiunile medicale legate de această etapă nu încep și nu se opresc ca prin farmec odată cu ultima menstruatie. Momentul ultimei menstruații contează pentru cercetare și fertilitate și în evaluarea sângerărilor uterine anormale, dar, în rest, este mai degrabă o notă de subsol decât un element principal. Mi se pare că folosirea termenului „menopauză“, în general, și precizarea cât mai precisă a ultimei menstruații atunci când contează din punct de vedere medical sunt cea mai bună modalitate de a facilita comunicarea.

Lipsa informațiilor

În ciuda caracterului universal al menopauzei, multe femei nu sunt bine informate în privința simptomelor, a schimbărilor fizice, a problemelor medicale

sau a opțiunilor de tratament. Lipsa informațiilor este rezultatul combinației toxice între incapacitatea medicilor de a satisface nevoile educaționale ale pacientelor (medicina are unele probleme serioase de comunicare) și misoginismul medical, adică tradiția îndelungată a medicinei de a neglija femeile. În consecință, femeile se confruntă cu respingerea simptomelor și a îngrijorărilor privitoare la sănătate în timpul menopauzei, pe motiv că sunt inventate, lipsite de importanță sau doar o „parte firească a ceea ce înseamnă să fii femeie“ – adică ceva ce trebuie să înduri.

Dar pudoarea socială se extinde dincolo de cabinetul oricărui medic. Există un dispreț general față de femei pe măsură ce îmbătrânesc. Poate că dispreț nu este cuvântul potrivit, deoarece preocupările femeilor pe măsură ce îmbătrânesc sunt adesea atât de lipsite de importanță, încât nici măcar nu merită acest efort minim, ele fiind pur și simplu ignorate.

În adolescență, citeam cărți în care personajul principal avea menstruație sau probleme în privința alegerii sutienului, iar în grupul meu de prietene existau câteva mame cool care erau dispuse să vorbească cu noi despre produsele pentru menstruație. Discutam deschis cu prietenele mele despre menstruație. Era interesant. Nu știam exact de ce, dar eram conștientă că e un indicator al importanței mele în societate. Mi-am amintit aceste conversații într-o călătorie

făcută de curând acasă, în Winnipeg, când am luat prânzul cu Tiffany, una dintre prietenele mele din gimnaziu. Ce anume crezi că ne-a marcat amândurora amintirile? Faptul că fuseserăm ultimele două fete din grup cărora le venise menstruația. Mie, la începutul primăverii anului 1980, iar lui Tiffany, o lună mai târziu.

În schimb, nu există relatări despre maturizarea femeilor aflate la menopauză, iar rarele momente în care se face aluzie la această etapă par întotdeauna negative. Adesea, femeile nu discută despre menopauză nici măcar între ele. Probabil că nu sunt sigure ce se întâmplă, așa că sunt mai puțin dispuse să împărtășească experiența lor sau presupun în mod eronat că majoritatea tratamentelor sunt ineficiente ori nesigure sau chiar că nu există tratamente disponibile. Și atunci de ce să se mai deranjeze? În plus, spre deosebire de prima menstruație, ultima pare să marcheze punctul în care începe bătrânețea – și cine își dorește să aibă 48 de ani și să facă planuri pentru a deveni fie o curajoasă femeie detectiv care este forțată să își prezinte competențele ca pe o serie de întâmplări norocoase, fie o matroană răzbunătoare care își varsă nervii pentru impotența sa socială pe toți cei care îi ies în cale, fie o casnică asexuală care deține din ce în ce mai multe pisici cu abilități îndoielnice de a folosi litiera?

În cei peste 25 de ani de când sunt ginecologă, știința privind tratamentul

hormonal al menopauzei (THM) s-a schimbat semnificativ, iar comunicarea eficientă a modului în care evoluează ea se face cu dificultate. Pe toți ne liniștește certitudinea, dar adevărul este că medicina funcționează în mare parte în nuanțe de gri. Ceea ce credem în prezent că este adevărat în medicină s-ar putea schimba când mai multe cercetări devin disponibile sau când se dezvoltă o nouă tehnologie care să răspundă unor întrebări pe care nici nu visam vreodată să le punem. Și mai sunt și titlurile de presă. Frica vinde și se pare că o mare parte dintre subiectele acoperite de presa nespecializată supralicitează riscurile observate în cazul anumitor tratamente. Pe lângă știrile și revistele obișnuite, femeile trebuie să parcurgă și informațiile care sunt sau nu de calitate de pe rețelele de socializare.

Mai există și chestiunea informării greșite și chiar a dezinformării, deoarece tăcerea dăunătoare în privința menopauzei și lipsa informațiilor sunt exploatate atât de industria farmaceutică, cât și de cei care vând suplimente și alte produse așa-zise naturale.

Menopauza: noțiuni de bază

Majoritatea femeilor își petrec o treime sau chiar jumătate din viață după menopauză. Dacă incluzi și perioada de tranziție spre menopauză, atunci este cu siguranță vorba

despre jumătate. În Statele Unite, există în prezent 70 de milioane de femei în vârstă de 45 de ani sau mai mult, iar la nivel mondial numărul lor depășește 1 miliard. Pe măsură ce populația îmbătrânește din cauza scăderii natalității, procentul femeilor aflate în tranziție spre menopauză sau care sunt în postmenopauză nu face altceva decât să crească.

Fluctuațiile hormonale care încep în perioada de tranziție spre menopauză pot declanșa o mulțime de simptome. Pentru unele femei, ele pot fi suficient de deranjante ca să fie tratate; pentru altele, să știe că ceea ce se întâmplă este ceva obișnuit poate fi suficient. Să crezi că o chestie ciudată care se petrece cu corpul tău ți se întâmplă doar ție te face să te simți foarte neputincioasă, iar multe femei se simt ușurate să știe că experiențele prin care trec sunt obișnuite și de așteptat. De asemenea, este important ca femeile să știe ce simptome pot semnala o problemă mai gravă și ce este supărător, dar nu periculos.

Să-ți dau un exemplu. La opt luni de la ultima mea menstruație, mă îndreptam spre Europa și, cum avusesem niște bufeuri puternice, eram sigură că s-a terminat cu ea. Eram entuziasmată că nu mai trebuie să împachetez tampoane și absorbante. Apoi, după doar cinci minute din cele zece ore cât avea să dureze zborul – beculețul pentru centura de siguranță era încă aprins –, am simțit un șuvoi cald și lenjeria mea intimă s-a îmbibat de sânge. Cum stăteam eu pe

toaleta din avion, mă simțeam ca Michael Corleone (*Nașul III*) și mormăiam către ovarele mele: „Tocmai când credeam că am scăpat, mă băgați din nou în bucluc!“

Schimbarea lenjeriei de corp în toaleta avionului (încă un spațiu care nu a fost gândit pentru persoanele cu menstruație) și folosirea timp de zece ore a unor absorbante ieftine din avion care au dus la o iritație a vulvei chiar la începutul vacanței au fost foarte deranjante – cantitatea de sânge nu a fost. Dacă aș fi făcut multe călătorii internaționale în general, poate că aș fi luat în calcul un medicament care să mă ajute să îmi reglez menstruația, pentru că peripețiile menstruale la altitudine de croazieră nu sunt tocmai preferatele mele. De aceea, este important ca femeile să cunoască toate opțiunile pe care le au, astfel încât să poată alege dacă doresc sau nu un tratament. Preocupările legate de calitatea vieții nu sunt ceva banal, este vorba doar despre medicină.

Simptomele comune care pot fi resimțite de-a lungul perioadei de menopauză sunt enumerate în figura 2 și le vom aborda în detaliu pe parcursul cărții. Lăsând la o parte calitatea vieții, menopauza este importantă și pentru că este asociată cu o varietate de probleme de sănătate (le găsești în aceeași figură), iar acestea nu sunt o problemă

secundară a sănătății femeilor, ci una esențială.

SIMPTOME	**AFECȚIUNI MEDICALE**
Sângerări menstruale anormale (menstruații abundente și/sau neregulate, sângerări între menstruații)	Boli cardiace
Bufeuri și transpirații nocturne	Osteoporoză
Tulburări de somn	Demență și boala Alzheimer
Modificări cognitive temporare (confuzie)	Depresie
Uscăciune vaginală	Sindrom metabolic
Dureri în timpul actului sexual	Diabet de tip 2
Scăderea libidoului	Sindromul genito-urinar de menopauză
Dureri articulare	Infecții ale tractului urinar

Figura 2: Simptome comune și afecțiuni medicale asociate cu menopauza

Bolile cardiovasculare, care sunt asociate menopauzei, ucid în Statele Unite aproape 400 000 de femei în fiecare an sau 1 din 3 femei. Prin comparație, cancerul de sân ucide aproximativ 40 000 de persoane și, cu toate acestea, multe femei cu risc mediu atât de boli cardiovasculare, cât și de cancer de sân sunt mult mai speriate de cancerul mamar, chiar dacă este mai probabil ca bolile cardiovasculare să le ucidă. Aici nu este vorba despre preferințele pe care le au bolile (în lipsa unei exprimări

mai reușite). În schimb, pentru a avea o perspectivă, trebuie să facem un pas înapoi și să privim ansamblul bolilor care afectează femeile.

Aud uneori oameni care spun că facultățile de medicină au nevoie de un curs despre menopauză, dar nu poți separa femeile de menopauză. Răspunsul nu este să punem menopauza într-un compartiment separat, pentru că asta le forțează pe femei să se izoleze. În schimb, studiile privind afecțiunile medicale și medicamentele trebuie să includă femei de toate vârstele, astfel încât să înțelegem cum putem gestiona sănătatea femeilor pe toată perioada menopauzei.

Menopauza nu are loc în vid

Unul dintre aspectele complexe ale menopauzei este acela că apare pe măsură ce îmbătrânim, și astfel poate fi dificil să faci distincția între ceea ce are legătură cu hormonii și ceea ce este legat de vârstă. În plus, odată cu trecerea anilor acumulăm afecțiuni medicale, iar multe dintre ele au simptome care se pot suprapune peste cele ale menopauzei.

Să ne gândim, de pildă, la o problemă frecventă la menopauză: tulburările de somn. Acestea pot avea legătură cu vârsta sau cu afecțiuni medicale cum ar fi apneea în somn sau depresia. Ba mai mult, tranziția spre menopauză poate declanșa depresia,

iar insomnia o poate agrava. Și apneea în somn este asociată depresiei. Este un nod gordian medical. Așadar, medicul și pacienta trebuie să se asigure că au luat în considerare toți factorii care contribuie la această situație și modul în care ei pot fi corelați, înainte de a presupune că un simptom care apare în timpul tranziției spre menopauză sau în timpul postmenopauzei chiar are legătură cu hormonii. Este important ca femeile să nu fie trimise la plimbare cu o simplă replică precum „doar menopauza este de vină“ sau să li se spună că hormonii „vor rezolva totul“, când în realitate este vorba despre alte afecțiuni medicale – unele potențial grave – care pot constitui cauza principală.

Iar situația poate deveni și mai complexă de-atât. Sănătatea și modul în care îmbătrânim – nu doar ovarele, ci tot organismul – sunt legate de macromediul în care trăim. De exemplu, dieta, exercițiile fizice, stresul, relațiile personale sau dacă am născut și, în acest caz, dacă am alăptat. Unii oameni se referă la aceste exemple ca fiind factori care influențează stilul de viață, deși mie personal nu-mi plac acești termeni, deoarece nu este vorba despre a alege între abonamentele la sala de sport.

Alți factori demni de luat în seamă sunt cei sociali determinanți ai sănătății, cu alte cuvinte, condițiile socioeconomice în care ne naștem, creștem, trăim, muncim și îmbătrânim și care ne afectează sănătatea și calitatea vieții. Mă gândesc adesea la

acești factori ca la un micromediu. Prin intermediul mai multor mecanisme, ei produc diferențe inechitabile care pot fi prevenite în ceea ce privește starea de sănătate. Printre ei se numără lipsa accesului la asistență medicală și la o educație adecvată, condițiile de muncă nesigure, condiții de trai inadecvate, rasismul și alimentația precară. Acești factori socioeconomici afectează sănătatea într-un mod complex, deoarece ei sunt adesea interdependenți și pot fi cumulativi. Factorii sociali determinanți ai sănătății sunt asociați cu vârsta la care apare menopauza, la fel ca multe dintre simptomele și afecțiunile asociate menopauzei.

Un factor social determinant al sănătății foarte important este expunerea la situații nefaste în copilărie, cunoscute sub numele ENC (experiențe negative din copilărie). Printre acestea se numără traumele precum abuzul emoțional sau fizic din partea unui părinte, hrană sau haine insuficiente, pierderea unui părinte, conviețuirea cu o persoană care are probleme cu alcoolul sau cu drogurile, asistarea la acte de violență în familie și abuzul sexual.

ENC influențează unele comportamente care pot avea un impact asupra menopauzei, de exemplu, dacă o femeie fumează sau vârsta la care are prima sarcină. Dar este mult mai mult decât atât. Există un număr tot mai mare de lucrări de specialitate care arată că experiențele negative din copilărie conduc la multe rezultate nefaste pentru

sănătate prin declanșarea unui răspuns dereglat la stres, care afectează creierul în dezvoltare, precum și sistemul endocrin și imunitar. Acest lucru este cunoscut sub numele de răspuns la stresul toxic și poate avea complicații extrem de grave. Expunerea la patru sau mai multe experiențe negative în copilărie crește riscul multor afecțiuni corelate cu menopauza, cum ar fi infarctul, accidentul vascular cerebral, tulburările de somn, boala Alzheimer, diabetul, depresia și cancerul de sân. Traumele pot reconfigura la propriu creierul și corpul unei persoane.

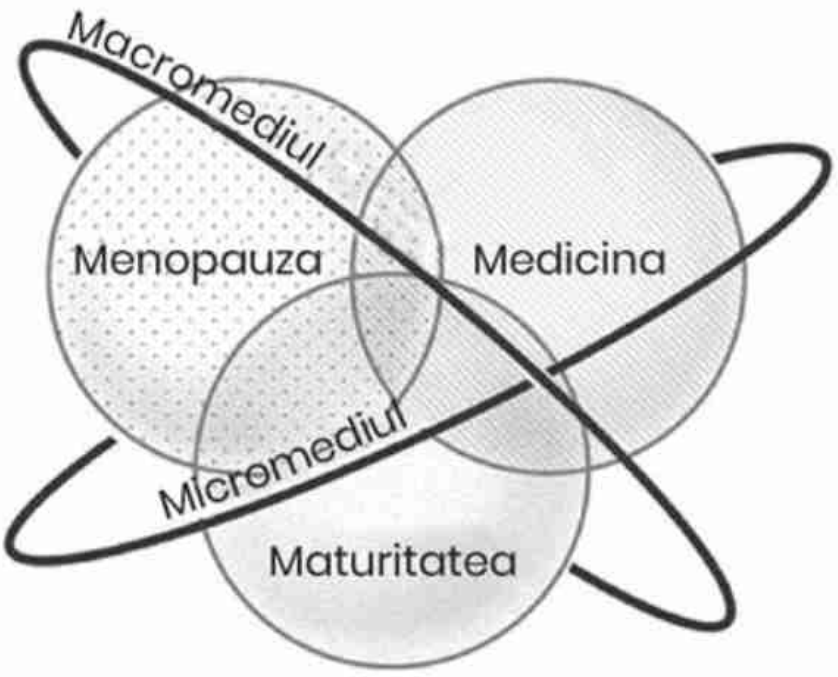


Figura 3. Diagrama celor 5 M: Menopauza în perspectivă

Când evaluez orice problemă de sănătate, consider că este util să iau în considerare ceea ce eu numesc Diagrama celor 5 M – un fel de diagramă Venn (sau diagrama Jenn™) a menopauzei. Nucleul este format din menopauză, medicină (afecțiunile medicale) și maturitate (legată de vârstă), iar în jurul lui gravitează macromediul și micromediul (vezi figura 3).

Femeile reprezintă mult mai mult decât ovarele lor, așa că este important să privim tabloul în ansamblu pentru a avea o perspectivă corectă.

DE REȚINUT

- Menopauza este tranziția de la o fază a funcției ovariene la alta – este în esență pubertatea în sens invers.
- Modificările hormonale ale menopauzei pot avea consecințe biologice în cascadă, care pot provoca simptome supărătoare și probleme de sănătate multor femei.
- Sunt multe cele care își trăiesc între o treime și jumătate din viață în perioada continuă a menopauzei.
- Există o discrepanță uriașă între ceea ce știm din punct de vedere medical și informațiile accesibile femeilor.
- Vârsta, afecțiunile medicale, factorii de mediu și factorii sociali determinanți ai sănătății influențează modul în care femeile trec prin menopauză.

CAPITOLUL 2

Istoria și limbajul menopauzei

De la o vârstă critică la schimbare

Oare cuvântul „menopauză“ a fost cel care a încadrat în domeniul medical un proces normal, fiziologic, sau numirea acestei experiențe a reprezentat actul suprem al matriarhatului – validarea simptomelor și

atragerea atenției asupra unui aspect extrem de neglijat al sănătății femeilor?

Ar putea fi ambele. În cazul menopauzei, răspunsurile nu sunt niciodată destul de simple.

Menopauza în viziunea medicinei, din Antichitate până la începutul secolului al XIX-lea

Pierderea menstruației odată cu înaintarea în vârstă este menționată atât în scrierile medicale chinezești, cât și în cele grecești și se înțelegea că acest lucru înseamnă sfârșitul fertilității. În medicina tradițională chineză, perioada de după ultima menstruație nu era considerată diferită de cea a bătrâneții și la fel cum femeile încetau să mai aibă menstruație, și bărbații produceau mai puțină spermă. Grecii antici erau extrem de interesați de menstruație ca semn vital. Conform mentalității de atunci, bărbații erau în echilibru cu lumea, în timp ce femeile erau excesiv de umede, deoarece carnea lor avea o textură moale și buretoasă, absorbind lichid în exces din alimentație. Pentru a compensa acest lucru, femeile eliminau lichidul o dată pe lună din uter. Ori de câte ori cineva îl menționează pe Hipocrate sau folosește cuvântul „antic“ ca fiind un reper la care să aspiri în materie de sănătate, mă gândesc la medicii antici greci, care credeau că femeile au „instalația sanitară“ defectuoasă.

În medicina greacă antică – fundamentul medicinei antice romane, persane, arabe și apoi al celei occidentale moderne –, absența menstruațiilor era considerată îngrijorătoare, deoarece era un semn al unei potențiale probleme de fertilitate, dar și al unei acumulări periculoase de fluid. Acest lucru explică în mare parte obsesia medicinei antice față de menstruație – multe dintre cele 1 500 de rețete farmaceutice din colecția hipocratică, adică vreo 80% dintre ele, sunt legate de menstruație. Explică totodată și motivul pentru care există o detaliere atât de minuțioasă a vârstei preconizate pentru ultima menstruație în majoritatea scrierilor medicale antice occidentale. Medicii antici greci și romani erau foarte exacți în privința datelor înregistrate legate de vârsta medie la care apare menopauza – pierderea fertilității era un eveniment important.

Medicii antici cunoșteau foarte bine conceptul „ultima menstruație“, doar că simptomele – dacă existau – și ceea ce se întâmpla după par să nu-i fi interesat. Este important să ne amintim că medicina, ca orice altceva, a existat în primul rând pentru a satisface nevoile (și, prin urmare, pentru a asigura patronajul) elitei masculine, care probabil nu era interesată de corpul feminin care îmbătrânea. Interesant este că, în unele societăți antice din Grecia, femeile aflate la postmenopauză erau numite „preotese“ (menopauza era văzută ca o virginitate reînnoită care asigura nivelul de puritate de

care o femeie avea nevoie pentru sacerdoțiu).

Prima mențiune în literatura medicală occidentală a simptomelor pe care le putem identifica în prezent ca fiind legate de menopauză datează din 1582. Dr. Jean Liébault, medic francez, a descris *les petites rougeurs* sau roșeața ușoară – ceea ce în prezent am numi „bufeuri“ – care se manifesta de obicei la nivelul feței și se termina adesea cu *moiteurs* sau transpirație abundentă. Aceste cuvinte nu diferă cu nimic de ceea ce aș putea auzi în prezent într-un cabinet.

Dr. Liébault era specialist în afecțiunile femeilor și medicul Ecaterinei de Bourbon (sora lui Henric al IV-lea, regele Franței). El era adeptul ideii că patronajul joacă un rol important în descoperirile medicale, însă era și cu mult înaintea vremurilor sale în multe privințe. A afirmat că „femeia nu este un bărbat imperfect“, era împotriva căsătoriilor forțate ale femeilor, credea că scurgerile menstruale sunt sânge, și nu fluide toxice, a descris balonarea dinaintea menstruației și credea că plăcerea în timpul sexului este la fel de importantă pentru femei cât este și pentru bărbați. A fost căsătorit cu poeta Nicole Estienne, care a scris manifestul *Les misères de la femme mariée*, un rechizitoriu la adresa instituției căsătoriei și a bărbaților. Dacă mariajul lor a fost fericit sau nu contează mai puțin în cazul de față.

În timp ce prin observațiile sale despre sănătatea femeilor Liébault era evident un

reprezentant al Renașterii în medicină, majoritatea medicilor din acea vreme erau limitați de convingerea că femeile sunt o versiune inferioară a bărbaților, precum și de necunoașterea anatomiei feminine și de lipsa totală de înțelegere a menstruației. Deși odată cu înaintarea în vârstă pierderea menstruației era previzibilă, aceasta era considerată vinovată pentru majoritatea bolilor care le afectează pe femei după ultima menstruație. Sângele menstrual era considerat toxic, cauza unei game vaste de boli, de la avorturi spontane la cancer, de la tuberculoză la rabie. Se credea că sângele menstrual poate să ucidă plantele și să distrugă oglinzile, dar și că starea de sănătate a femeilor se înrăutățește pe măsură ce îmbătrânesc, deoarece devin prea firave pentru a mai putea elimina această substanță toxică, astfel că ea se acumulează în organism.

Prima disertație oficială despre ceea ce numim astăzi menopauză a fost scrisă în 1710 – titlul din latină se traduce prin *Ultima menstruație, începuturile bolii*, ceea ce reprezintă un rezumat exact al modului de gândire din acea vreme și ar fi putut la fel de bine să fie *A fi femeie, de la rău la mai rău*. Numărul afecțiunilor medicale creștea odată cu vârsta, era un lucru știut, dar când bărbații aveau o afecțiune, exista un motiv, nu unul la care ne-am putea gândi astăzi, ci o explicație care se potrivea cu felul în care era înțeles corpul omenesc la acea vreme. În cazul femeilor, era întotdeauna vorba despre

uter. Dacă privești femeile ca fiind inferioare, slabe, murdare sau defecte, este ușor să faci astfel încât cunoștințele medicale, așa cum erau ele la vremea aceea, să se potrivească cu ordinea ta lumească. Este o lecție foarte importantă, pe care noi, cei din domeniul medical, nu ar trebui să o uităm niciodată.

La scurt timp după prima disertație despre menopauză, au început să apară în Europa și în Anglia diverse lucrări pe această temă, destinate deopotrivă medicilor și publicului larg. *The Ladies Physical Directory* a fost publicat pentru prima dată în 1716 de un autor anonim, „un medic". Acest compendiu a fost tipărit în mai multe tiraje – în 1727 se afla deja la a șasea ediție – și includea informații despre cum se pot trata multe afecțiuni frecvente la femeile care se apropie de 50 de ani sau mai vârstnice: menstruațiile abundente, lipsa menstruației și prolapsul uterin. Deci, în mod clar, exista interes. Majoritatea terapiilor din acea vreme implicau sângerări provocate, aplicare de lipitori și folosirea purgativelor (laxativelor), adică niște metode de eliminare a „toxinelor" și/sau a fluidelor care se acumulează din cauza lipsei menstruației. Dacă analizăm tratamentele prescrise atunci, este imposibil ca ele să fi fost eficiente din punct de vedere medical, deși multe provocau, cel mai probabil, diaree și, eventual, contracții uterine, ceea ce ar fi putut conduce la sângerări în cazul femeilor aflate în tranziția spre menopauză (nu o menstruație normală, ci mai degrabă un semn că organismul a

pățit ceva rău). Aceste efecte erau cauzate de ingrediente periculoase, cum ar fi uleiul de ienupăr, rădăcina de rodul-pământului și pilitura de fier. Alte tratamente erau probabil inofensive și ineficiente, producând rezultate prin intermediul efectului placebo sau, și mai probabil, al consumului de vin slab alcoolizat și al plimbărilor lungi care erau adesea recomandate ca parte a terapiei. Exista și o gamă de amestecuri din plante pentru vagin care ar face-o pe Gwyneth Paltrow să moară de invidie.

În textele menționate, se găsește o varietate de termeni care descriu simptomele menopauzei. Mulți seamănă cu cei pe care îi folosim în prezent, iar unii sunt chiar mai potriviți. Ceea ce numim în zilele noastre tranziția spre menopauză era cunoscută în Anglia în secolele al XVIII-lea și al XIX-lea (și posibil și mai devreme) sub numele *eschivare* sau *fentare*, deoarece femeile fentează, prin menstruații neregulate, instalarea menopauzei. În timpul „fentării", femeile puteau avea dureri de cap, de spate, simptome vasomotoare (ceea ce numim azi bufeuri și transpirații nocturne), dureri trecătoare și o stare generală de agitație. Termenii folosiți pentru bufeuri erau: călduri febrile, călduri însoțite de roșeață și fierbințeală.

„Fentarea" este perfect descrisă, de-a dreptul încântătoare. Folosesc acest termen la cabinet când explic tranziția spre menopauză și aproape întotdeauna primesc un zâmbet din partea pacientelor mele.

Termenul „bufeuri“ părea acceptabil, până când am început să le am eu însămi. Pentru mine, roșeața este ceva care apare în obraji și, deși fața mea pare fierbinte, nu este vorba doar despre obraji. De asemenea, roșeața te trimite cu gândul la pudoare, de parcă aș fi vreuna dintre protagonistele lui Jane Austen care se îmbujorează și leșină sub privirile unui bărbat cu venituri de 4 000 de lire sterline pe an. O „fierbințeală însoțită de roșeață“ mi se pare că se potrivește de minune, deoarece fierbințeala pare să înceapă în interiorul corpului, apoi se ridică și se manifestă la nivelul capului, feței, gâtului și brațelor. (Ca o paranteză, nu-mi place termenul „bufeuri“, motiv pentru care l-am înlocuit uneori cu „fierbințeli însoțite de roșeață“, întrucât un bufeu pare o senzație care durează cel mult două secunde, ceea ce este inexact, iar mie mi se pare că asta poate diminua gravitatea experienței respective.)[5]

Cum cea mai mare parte din trăirile femeilor se transmitea pe cale orală, este greu de știut câte cuvinte s-au pierdut într-un număr neclar de culturi din cauza dezinteresului sau a limbajului condescendent folosit de bărbați – adică ceva de genul „lasă-mă să te ascult, să-ți interpretez trăirile din perspectiva mea limitată și conform prejudecăților societății și credințelor religioase și să o explic în manualul meu de medicină“.

Medicina occidentală era conștientă de problemele medicale întâlnite în perioada de tranziție spre menopauză, dar aceste simptome erau privite în primul rând ca o consecință a patologiei principale – reținerea toxinelor. Ca atare, menopauza era văzută doar ca un alt defect al femeilor, ceva de care ele ar trebui să se teamă. În 1776, John Fothergill, un influent și iscusit medic englez, a contestat această noțiune în lucrarea sa *Of the Management Proper at the Cessation of Menses*. Dr. Fothergill a afirmat că femeile au fost învățate să privească menopauza cu „un anumit grad de anxietate“ și că „diversele și absurdele opinii referitoare la încetarea scurgerilor menstruale și la consecințele ei, propagate de-a lungul veacurilor succesive, au avut tendința de a amărî viața multor femei sensibile“.

Dr. Fothergill nu credea că sângele menstrual este toxic și, deși poate conține unele „umori morbide“, spune el, și bărbații au aceleași umori pe care le eliberează prin hemoroizi. De asemenea, el a remarcat că femeile care sunt învățate să se teamă de menopauză sunt mai predispuse să sufere simptomele acesteia. Pentru Fothergill, menopauza reprezenta o evoluție normală, iar în cazul multor femei, a observat el, se producea fără consecințe majore. Mai mult, a observat în mod corect că acele femei care suferă de menstruații abundente sau dureroase își găsesc alinarea la menopauză. În plus, el a confirmat faptul că unele femei

au simptome supărătoare, cum ar fi bufeurile urmate de „transpirații instantanee“, tulburări de somn și de dispoziție și dureri articulare – deși adesea acestea sunt temporare. Multe dintre tratamentele sale erau tipice vremurilor acelea: sângerările provocate și laxative (ale lui erau mult mai blânde, iar pe multe dintre ele le folosim și astăzi, cum ar fi senna și magneziul), dar ceea ce diferă este că niciunul dintre cele recomandate de el nu pare să conțină plante otrăvitoare, probabil pentru că Fothergill era și un botanist desăvârșit. El recomanda modificarea dietei și consumul unui pahar cu vin la ora obișnuită.

Până la lucrarea doctorului Fothergill, o mare parte din limbajul referitor la menopauză te trimitea cu gândul la un blestem, de parcă nu exista o oroare mai mare decât o femeie la menopauză și, din păcate, lucrarea sa nu a pus capăt acestor mentalități negative. În 1787, medicul francez Claude Jeannet des Longrois a comparat femeile aflate la menopauză cu niște regine detronate. Multe dintre textele vremii referitoare la femeile aflate la menopauză au secțiuni destul de ample despre cancerul de col uterin, de uter și de sân, și chiar dacă acestea erau în general afecțiuni fatale, soldate cu decese în urma unor chinuri groaznice, limbajul este mai puțin deprimant decât cel folosit în cazul menopauzei. Cu toate acestea, cu timpul, lucrarea doctorului Fothergill a fost tradusă

în tot mai multe limbi și a început să atragă atenția. Acest lucru a coincis și cu o schimbare a atitudinii generale față de îmbătrânire.

Nașterea menopauzei

După cum am discutat mai devreme, cuvântul „ménèspausie“ a apărut pentru prima dată în 1812, într-o disertație scrisă de dr. De Gardanne. El a publicat ulterior, în 1816, o carte despre *la ménèspausie*, intitulată *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Cea de-a doua ediție, publicată în 1821, are un titlu actualizat: *De la Mènopause, ou de l'âge critique des femmes*.

De Gardanne explică în lucrarea sa din 1812 că era nevoie de un nou termen, deoarece existau prea multe cuvinte în uz. Printre cele obișnuite în acea vreme se numără unele mai puțin rele: „climacteriu“, „timp critic“, „etapă critică“ și „schimbare în viață“; unul deloc plăcut, „declinul vârstei mijlocii“, și altele de-a dreptul îngrozitoare: „infernul femeilor“, „iarna femeilor“ și „moartea pasiunii“. Te și imaginezi spunând: „Trebuie să dau o fugă până la specialistul meu în iarna femeilor să-i cer niște sfaturi. Să iau o baghetă în drum spre casă?“ Exact. Cea mai bună presupunere a mea este că, fiind primul care a propus un termen nou care nu suna peiorativ și era specific doar femeilor – termeni precum „climacteriu“ și „schimbare în viață“ se aplicau și

bărbaților –, a fost benefic pentru afaceri și probabil a făcut să pară că De Gardanne oferă ceva nou în acest domeniu.

În disertația sa din 1812, De Gardanne explică originea termenului conceput de el, *la ménèspausie*, ca fiind un cuvânt ce provine din combinarea altora două din limba greacă, μήνας sau *mois* în franceză („lună“) și παῦσις sau *cessation* în franceză („încetare“, „oprire“), despre care afirmă că provine din παύω, pe care îl traduce prin *je finis* sau *je cesse*, care înseamnă „mă opresc“ sau „încetez“. Pentru De Gardanne, aceste două cuvinte grecești este posibil să se fi unit fonetic în franceză sub forma *ménèspausie*. Poate că alegerea finală a cuvântului său a fost influentată si de cuvântul francez *menstrues* („menstre“, din latinescul *mēnsēs*, care reprezenta forma de nominativ plural a cuvântului „lună“).

Chiar dacă astăzi ne gândim la cuvântul „pauză“ ca la o întrerupere temporară, din scrierile lui De Gardanne reiese clar că nu se aștepta ca menstruația să reînceapă, iar *pausie* din *mènèspausie* era înțeleasă ca finală.

Ceea ce nu explică De Gardanne este de ce a prescurtat *la ménèspausie* în *ménopause* în cea de-a doua ediție a cărții sale, din 1821, și nici de ce a folosit-o pentru titlul acesteia. Oare devenise termenul său atât de popular sau era atât de asociat cu el încât era emblematic și ar fi făcut ca lucrarea sa să se distingă de altele pe această temă?

Am citit cartea lui De Gardanne în original, dar limba mea maternă, franceza canadiană, mi s-a părut complet diferită de franceza secolului al XIX-lea. Pentru a fi sigură că înțeleg cartea așa cum trebuie, am primit ajutorul generos al doctorului Martin Winkler, un obstetrician-ginecolog francez care a scris introducerea pentru ediția în limba franceză a cărții mele *Biblia vaginului*.

Cartea lui De Gardanne se rezumă cel mai bine la o lamentație cu privire la soarta femeilor pe măsură ce îmbătrânesc, deci nu este o lucrare revoluționară. El nu discută în detaliu simptomele menopauzei și, la fel ca mulți medici din acea perioadă și de dinaintea lui, pune pe seama menopauzei multe dintre bolile care afectează femeile pe măsură ce înaintează în vârstă. De Gardanne nu explică deloc cum de uterul provoacă gută sau probleme digestive la femei, deși și bărbații suferă de aceleași afecțiuni. Este un clișeu obositor – bărbații îmbătrânesc, iar femeile sunt trădate de pântecul lor. (Nu-mi place deloc acest cuvânt, dar îl voi permite în acest caz.)

Cartea lui De Gardanne este plină de sfaturi alimentare, cum ar fi să mănânci alimente bogate în amidon și să eviți orice fel de alcool, cu excepția vinului diluat, ce pat să alegi și diferite recomandări legate de igienă – există pagini întregi despre pericolele vopselelor de păr și ale machiajului (fardul de obraz fiind în mod deosebit problematic). Se discută și despre îmbrăcăminte, deși nu se spune ce tip de

țesătură i-ar permite femeii să se răcorească mai ușor. Cartea dezvăluie mai curând cât de tragic era să vezi femei trecute de 50 de ani îmbrăcându-se ca și cum ar fi fost tinere, mai ales dacă își expuneau brațele goale. Și mai oferă și această fărâmă de înțelepciune: „La vârsta menopauzei, s-ar putea crede că vârsta o face pe femeie înțeleaptă; dimpotrivă, obișnuința, pe lângă necesitate, face ca ea să consulte mai des negustorul de modă decât medicul."

Având în vedere sfaturile patriarhale și calitatea terapiilor medicale (are nevoie cineva de lipitori pentru vulvă?), nu e de mirare că terapia prin shopping era populară. Și sper că o mulțime de femei au purtat mâneci scurte și și-au expus decolteurile în mod ostentativ. Cartea lui De Gardanne nu a fost bine primită de colegii săi, care au subliniat în mod corect că oferă foarte puține informații și pur și simplu pune majoritatea bolilor vârstei pe seama menopauzei.

Multe dintre manualele medicale din vremea lui De Gardanne erau la fel ca al său – cu puține informații în materie de medicină, dar pline de prejudecăți patriarhale. O excepție notabilă este textul din 1857 al doctorului Edward Tilt, *The Change of Life in Health and Disease*. Acesta era popular, științific și avangardist pentru epoca respectivă. Tilt a folosit cuvântul „menopauză" o singură dată și atunci doar pentru a indica faptul că alții folosiseră acest cuvânt și că el îl găsește inutil – pare

să fi fost o trimitere foarte specifică la De Gardanne (îmi place să am parte de o bună nuanțare medicală). Tilt prefera termenul „încetare“ sau „î.“, pe scurt. Cartea doctorului Tilt este fascinantă. Asemenea lui Fothergill, el nu privea menopauza ca pe o boală și a prezentat informații despre simptomele menopauzei pe care i le furnizaseră femeile pe care le chestionase. Dr. Tilt a folosit termenul „roșeață“, deoarece era „scurt și expresiv“, dar a menționat și „fierbințeala“ și a afirmat că acest termen „redă mai fidel ceea ce se întâmplă cu adevărat“. El a făcut multe observații medicale care sunt valabile și în prezent. Deși multe dintre terapii erau îngrozitoare, ele se bazau pe știință așa cum era ea atunci, iar terapiile medicale din acea vreme erau, în general, teribile.

Înainte ca De Gardanne să introducă termenul „menopauză“, cei mai obișnuiți termeni întâlniți în manuale erau „climacteriu“, „vârstă critică“ și abrevierea „î.“ pentru încetarea menstruației, dar menopauza și-a făcut repede loc în lexicul medical. Acest termen apărea în *New England Journal of Medicine* în 1871 și, de-a lungul anilor, a fost folosit în mod alternativ cu „climacteriu“ pentru a descrie perioada din preajma ultimei menstruații și anii imediat următori.

După ce am citit cartea doctorului Tilt și multe articole despre menopauză în jurnalele medicale din anii 1920 până la sfârșitul anilor 1940, am fost impresionată de momentele de neliniște și de suferință

care au fost surprinse de acestea, având în vedere stilul explicativ al vremurilor – frânturi de trăiri în locul tabelelor și al graficelor lipsite de identitate din zilele noastre. De exemplu, „H.L., în vârstă de 31 de ani, căsătorită, menopauză artificială în noiembrie 1925 (iradiere intrauterină și vaginală împotriva endometriozei), care are fierbințeli la fiecare 5 minute“, precum și „dureri de cap și de spate, a fost internată în spital în 1929 și externată fără niciun diagnostic, dar în final a găsit tratament la o clinică specializată în menopauză în 1932“.

Articol după articol din perioada de dinaintea marilor companii farmaceutice (Big Pharma) detaliau simptome identice cu cele pe care le aud astăzi – bufeuri, transpirații, insomnie, dureri articulare și tulburări de dispoziție. Cu toate acestea, în mod tragic, multe femei menționate în aceste lucrări sufereau de insuficiență ovariană prematură din cauza radioterapiei, a menopauzei induse chirurgical sau din motive necunoscute. Multe dintre ele fuseseră etichetate în mod eronat ca fiind isterice sau „nervoase“.

Existau chiar și clinici specializate în menopauză, fiind considerată o afecțiune complicată din punct de vedere medical – erau vremuri care au precedat un tratament hormonal fiabil pentru menopauză (THM). În 1932, doctorii Samuel Geist și Frank Spellman de la spitalul Mount Sinai din New York au scris în *American Journal of Obstetrics and Gynecology*:

„Niciun complex de simptome nu a fost mai rezistent la tratament și niciunul nu a fost atât de învăluit în obscuritate din punct de vedere etiologic precum un set de manifestări caracterizat drept menopauză.“

Doctorii Geist și Spellman au observat în clinica lor că simplul fapt de a fi ascultat și de a avea contact cu un medic putea fi la fel de terapeutic, dacă nu chiar mai terapeutic decât ceea ce aveau ei de oferit.

Faptul că experiențele tale sunt validate este un medicament puternic.

Până în anii 1960, termenul „menopauză“ îl înlocuise deja pe „climacteriu“ ca termen de referință în Statele Unite. Ce se schimbase? Deși hormonii erau prescriși de mai bine de 30 de ani, administrarea lor era o procedură complicată și costisitoare, care necesita de obicei injecții, ceea ce producea oscilații puternice ale nivelului de hormoni. Ceea ce s-a întâmplat în anii 1950 a fost o nouă metodă de producție, astfel încât hormonii puteau fi luați sub formă de pilulă. Acum exista un produs mult mai bun de vânzare. Firmele de relații publice s-au spetit lucrând: „Ești la menopauză? Poți face tranziția fără lacrimi!“ Motivul pentru care industria farmaceutică a optat pentru „menopauză“, și nu pentru „climacteriu“ sau pentru „schimbare“, reflectă probabil o mai mare familiarizare a publicului cu acest termen, dar este posibil să fi existat și alte

motive. Părerea mea este că „pauza“ era potrivită pentru marketing – că, odată cu acești noi hormoni, menopauza putea fi cu adevărat temporară.

Din fericire, tendința a fost să se abandoneze ideea de boală, și iată că în anii 2020 ne-am întors la conceptul de menopauză ca fază sau schimbare în viață care poate fi ameliorată prin îngrijiri preventive și care poate necesita sau nu intervenție medicală, dar în prezent, în America de Nord, cuvântul „menopauză“ pare să fi prins rădăcini permanent.

Contează ce cuvânt folosim?

Discursul TED al doctoriței Lera Boroditsky intitulat „Cum modelează limbajul modul în care gândim“ are peste 10 milioane de vizualizări, și pe bună dreptate. Este o perspectivă fascinantă asupra modului în care limbajul nu este un descriptor pasiv, ci mai degrabă un participant activ. Cuvintele ne influențează gândurile.

În multe limbi, substantivele au genuri, masculin și feminin, astfel încât un cuvânt poate avea genul feminin într-o limbă și masculin în alta. Când cercetătorii au studiat vorbitorii nativi ai unor limbi în care există genuri, au descoperit că oamenii se gândesc la un substantiv în mod diferit în funcție de genul acestuia. Un exemplu dat de dr. Boroditsky în discursul său este substantivul „pod“, care din punct de vedere gramatical

este la genul feminin în germană și masculin în spaniolă. Vorbitorii nativi de limbă germană sunt mai predispuși să descrie un pod folosind cuvinte cu conotație feminină stereotipă, de exemplu, „frumos“, iar cei de limbă spaniolă, termeni cu conotație masculină, cum ar fi „solid“.

Ce-ar fi dacă am aplica același concept terminologiei medicale? De exemplu, cuvântul „pudendum“ – un termen general pentru organele genitale externe ale femeilor – provine din latinescul *pudor*, care înseamnă „rușine“, sau cuvântul „clitoris“, care provine din latinescul *kleio*, „a ascunde“. Este oare posibil ca originea latină să fi afectat modul în care medicii priveau aceste părți ale corpului, contribuind astfel la consolidarea misoginismului general al societății?

Și cum ar putea afecta cuvântul „menopauză“ ceea ce gândim despre această experiență?

Prima chestiune este „pauza“, care în lumea de astăzi are conotație negativă, având în vedere viziunea generală a societății conform căreia femeile ar trebui să se stăpânească, să cugete asupra modului în care se prezintă sau să fie mai puțin vizibile pe măsură ce îmbătrânesc. De asemenea, pauza nu este permanentă, în timp ce ultima menstruație este chiar ultima menstruație. O altă problemă este că sfârșitul menstruației este un simptom, nu cauza, iar concentrându-ne asupra ultimei menstruații ignorăm faptul că multe femei

au simptome și probleme de sănătate asociate cu menopauza care încep cu ani de zile înainte de încetarea menstruației. Este misogin să legi descrierea unei treimi sau poate chiar a unei jumătăți din viața unei femei de funcția uterului și a ovarelor. Nu definim bărbații pe măsură ce îmbătrânesc în funcție de schimbarea fizică evidentă a funcției lor reproductive. Da, întreaga perioadă a menopauzei este un marker pentru risc crescut de boli cardiace la femei, dar la fel este și disfuncția erectilă în cazul bărbaților – de fapt, mulți experți din domeniul medical consideră că aceasta este „canarul din mina de cărbune" pentru sănătatea cardiacă a bărbaților.

Acum imaginează-ți o lume în care am spune că bărbații sunt în *erectopauză*.

Exact.

Multe culturi se descurcă foarte bine fără cuvântul menopauză. În olandeză, cuvântul este *overgang*, care înseamnă „tranziție" sau „drumul de la A la B". În finlandeză, termenul este *vaidhevoudet*, „schimbare de an", în suedeză este *klimacterium*, „schimbare" sau „etape ale vieții", iar în japoneză cuvântul este 閉経期 sau *kōnenki*, care se traduce prin „schimbare în viață". Există unele cercetări care sugerează că femeile din culturile care nu folosesc cuvântul „menopauză" ar putea suferi mai puțin în timpul tranziției lor spre această etapă. Acest lucru nu înseamnă că schimbarea unui cuvânt va determina dacă o femeie are sau nu bufeuri sau dacă suferă de uscăciune vaginală ori nu, dar poate că

atunci când o societate acceptă public menopauza ca pe o schimbare normală, și nu ca pe o boală cumplită, există efecte. Acest lucru nu este cu nimic diferit de ceea ce a propus dr. Fothergill la sfârșitul anului 1776. La urma urmei, este mai greu să te simți optimistă în privința ta când toată lumea îți spune cât de naspa ești.

Este clar că multe femei doresc să vorbească despre schimbările care au loc în corpul lor, așa că este nevoie de un cuvânt. Dar „menopauză"? Dacă reușim să avem grijă de femeile de 20 și 30 de ani fără să le legăm de prima lor menstruație, cu siguranță putem face același lucru și pentru cele care au avut ultima menstruație, nu-i așa? Când voi avea 60 de ani, mă voi simți ridicolă dacă îmi voi descrie sănătatea în funcție de ultima menstruație. Pare ridicol și acum, la 54 de ani, având în vedere mai ales că ultima menstruație are semnificație doar în ceea ce privește capacitatea de reproducere și evaluarea sângerărilor menstruale anormale.

Liderii de opinie din domeniul medical au considerat că alte formulări legate de menopauză sunt problematice și, în consecință, au făcut schimbări. Sindromul genito-urinar de menopauză sau SGM, adică modificările care se produc la nivelul vaginului în timpul tranziției spre menopauză, era cunoscut sub numele de „atrofie vaginală" sau „vaginită atrofică". Dar atrofia vaginală i-a făcut pe oameni să uite că și alte țesuturi genitale pot fi afectate. În plus, cuvântul „atrofie" este peiorativ –

femeile sunt deja suficient de disprețuite pe măsură ce îmbătrânesc, așa că nu au nevoie de cuvinte care să sublinieze și mai mult pierderea importanței lor. Insuficiența ovariană primară – ovulația care se oprește înainte de vârsta de 40 de ani – era numită „deficiență ovariană prematură“, un termen îngrozitor. Terminologia medicală se schimbă în mod constant pe măsură ce se adună informații noi, așa că ideea conform căreia este prea dificil să se înlocuiască cuvântul „menopauză“ pur și simplu nu stă în picioare.

Deși „tranziția spre menopauză“ este o sintagmă acceptabilă pentru a face referire la perioada care precedă ultima menstruație, caracterizată de fenomene hormonale haotice, cuvântul „tranziție“ funcționează la fel de bine și abate atenția de la menstruație, deși aș putea fi convinsă destul de ușor să aleg termenul de „fentare“. „Climacteriu“ mi se pare cel mai potrivit pentru a descrie momentul în care se ajunge la o stare mai stabilă – după ultima menstruație – și acesta a fost termenul utilizat secole la rând atât de femei, cât și de bărbați pentru a descrie etapa vârstei mijlocii și cea care îi urmează. Primele texte, atât din medicina occidentală, cât și din cea orientală, descriau viața în etape, așa că termenul „climacteriu“ onorează și acest aspect comun.

Termenul „menopauză“ a apărut înainte ca știința să știe că există hormoni. Nu a fost niciodată gândit să indice o pauză. A

fost inventat de un bărbat care credea că femeile ar trebui să își acopere brațele și să nu folosească farduri de obraz și a cărui carte pe această temă nu a contribuit cu nimic la fondul de cunoștințe, cu excepția faptului că a lăsat în urmă un termen care leagă femeile pentru totdeauna de menstruație. Cuvântul „menopauză“ a fost apoi transformat în armă de către industria farmaceutică, trecând de la o fază supărătoare la o anumită vârstă, la o maladie pe viață care afectează orice femeie. Și nu orice maladie, ci cea mai gravă posibilă – una care le făcea pe femei indezirabile pentru bărbați. Nu este o poveste prea grozavă despre nașterea „menopauzei“. Cuvântul „menopauză“ ar trebui actualizat.

În privința menopauzei, este la fel de mult vorba despre perspectivă și etichetare, pe cât este despre hormoni și știință.

DE REȚINUT

- Menopauza a început să fie înțeleasă abia de curând, ca urmare a creșterii duratei de viață.
- Simptomele menopauzei au fost semnalate în medicina occidentală încă din secolul al XVI-lea.
- Cuvântul menopauză a fost inventat de medicul francez De Gardanne.
- Cuvintele ne influențează percepțiile.
- Femeile din culturile care folosesc o terminologie ce face referire la o schimbare în viață în loc de

menopauză tind să fie mai puțin afectate de simptomele comune ale acesteia.

CAPITOLUL 3

Biologia menopauzei

Legătura dintre creier și ovare

Pentru a înțelege menopauza așa cum o înțelege un ginecolog, trebuie să o luăm de la început – de la dezvoltarea fetală, adică de la primul trimestru (în jur de nouă săptămâni de sarcină). În acest moment, ovarele și testiculele fătului sunt structuri identice. Dacă există un cromozom Y, țesutul primește semnale pentru a se transforma într-un testicul, iar fără acest cromozom țesutul devine un ovar. *Da, ovarul este implicit*. Există multă ironie aici, deoarece multe povești despre „originea omului“, fie că este vorba despre Eva sau despre Pandora (prima femeie din mitologia greacă), vorbesc despre femeie ca apărând după bărbat și/sau fiind făcută din bărbat.

Foliculii primordiali sunt ovule imature împreună cu țesutul care îi cuprinde. Aceștia se dezvoltă și se înmulțesc în stadiile timpurii ale dezvoltării fetale, iar până la 20 de săptămâni de viață intrauterină există între șase și șapte milioane de foliculi primordiali. În acest moment, nu se pot produce mai mulți. Este un fapt important, deoarece menopauza apare când nu mai există foliculi capabili să ovuleze, adică să producă un ovul matur. Planul fundamental

al menopauzei este stabilit înainte de naștere.

Un fapt foarte interesant și uluitor este că, atunci când bunica ta era însărcinată cu mama ta, ea avea și foliculul primordial din interiorul unuia dintre ovarele mamei tale, care era destinat să devii tu.

Numărul de foliculi primordiali la 20 de săptămâni înainte de naștere este deseori descris în textele medicale ca fiind „zenitul" sau „apogeul", și, deși din punct de vedere tehnic aceste cuvinte sunt sinonime cu „cel mai mare număr", zenit înseamnă, de asemenea, „cel mai puternic" sau „cel mai de succes", iar apogeul, „succes". Nu am fost la apogeu sau la zenit când eram un făt de 20 de săptămâni. Nu trebuie să atribuim judecăți de valoare unui proces fiziologic normal, mai ales când discutăm despre corpul femeii, care a fost dintotdeauna apreciat pentru tinerețea și capacitatea de a procrea.

După 20 de săptămâni, milioane de foliculi primordiali încep să dispară, un proces cunoscut sub numele de atrezie. El continuă după naștere până la pubertate, când mai rămân aproximativ 300 000 de foliculi primordiali. Imaginează-ți că semeni semințe într-un ghiveci. În cazul în care condițiile sunt potrivite, apar mult mai multe răsaduri decât poate găzdui micul spațiu fizic al ghiveciului. Planul a fost întotdeauna de a îndepărta plantele tinere care par mai puțin sănătoase și de a obține un raport

corect între răsaduri și sol pentru a le oferi celor rămase șansa optimă.

Ciclul menstrual. Introducere

Foliculii primordiali sunt inactivi până la pubertate, atunci când semnalele complexe primite din partea creierului declanșează procesul de ovulație. Incredibil, dar acești foliculi minusculi sunt cei care produc cantitățile mari de estrogen care acționează în timpul pubertății, precum și în timpul fiecărui ciclu menstrual. Există mai multe stadii de dezvoltare parcurse de folicul de-a lungul traseului spre ovulație, iar la fiecare pas, are un nume ușor diferit (vezi figura 4). De dragul simplității, vom folosi sintagma „foliculi primordiali“ pentru cei care așteaptă în culise și „foliculi“ pentru cei activi, aflați pe scena principală, care produc hormoni, chiar dacă pot fi în diferite stadii de dezvoltare.

Semnalul pentru ca un folicul primordial să fie recrutat pentru a porni pe calea ovulației și apoi a dezvoltării de-a lungul acestei căi este foarte complex și necesită o semnalare coordonată din partea mai multor hormoni atât din creier, cât și din ovare. Doi dintre principalii hormoni din creier care sunt implicați în ovulație sunt hormonul de stimulare foliculară sau FSH și hormonul luteinizant sau LH. Pe măsură ce foliculii se dezvoltă, celulele care înconjoară ovulul (oocitul) produc două tipuri de estrogen:

estradiol și estronă – primul este un estrogen mai puternic. Cantitatea de estradiol produsă este semnificativă, deoarece trebuie să călătorească prin fluxul sanguin pentru a ajunge la mai multe organe, inclusiv la creier, precum și pentru a stimula dezvoltarea mucoasei uterine. Foliculul produce cantități mici de testosteron și alți hormoni.

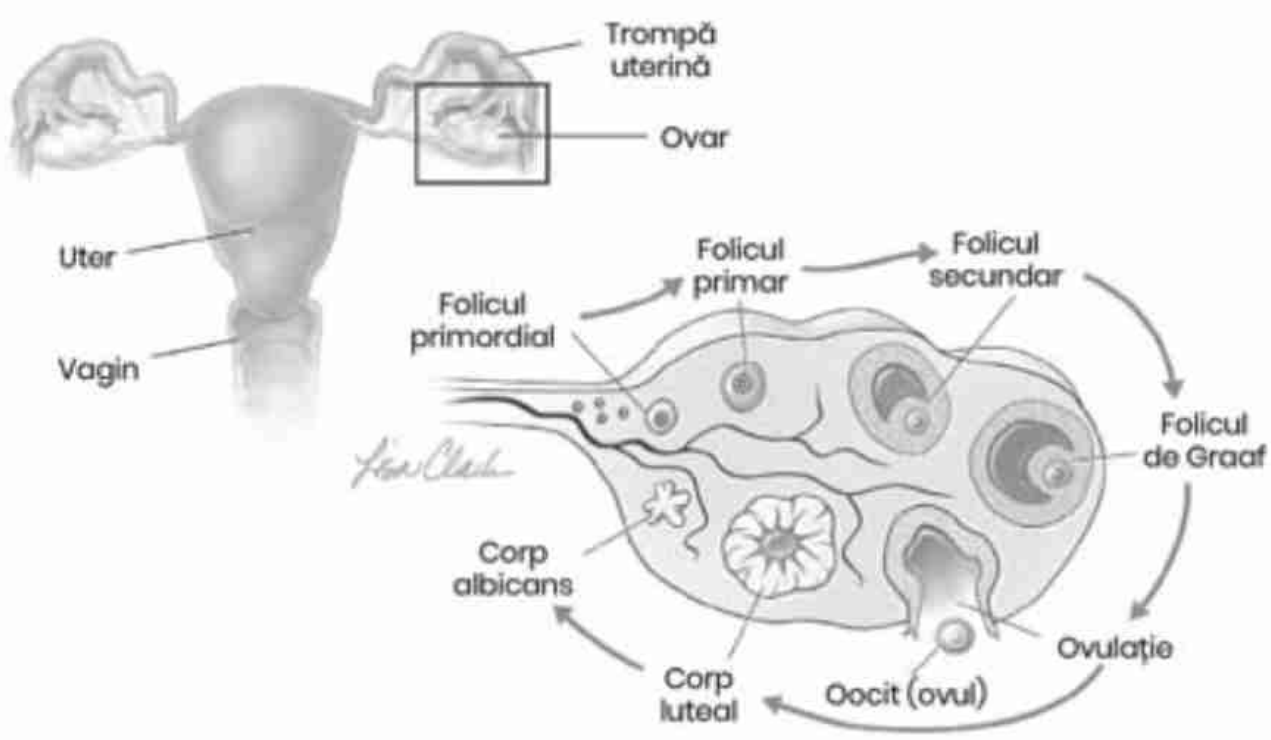


Figura 4. Ciclul de viață al unui folicul

Prima jumătate a ciclului menstrual se numește faza foliculară. Prin intermediul unei semnalări complexe, un folicul domină, iar ceilalți dispar. Nu este vorba despre pierderi, ci despre un efort de grup care conduce la selecția celui mai potrivit folicul pentru o sarcină sănătoasă. Există un flux constant de comunicare chimică între folicul, creier și chiar mucoasa uterului. Atunci când nivelul de estrogen este suficient de ridicat, creierul trimite mesaje care declanșează ovulația, adică eliberarea unui ovul matur.

Ovulația marchează începutul fazei luteale a ciclului menstrual. Unele persoane își imaginează foliculul explodând, dar acest lucru nu se întâmplă sub presiune. Foliculul se deschide la suprafață, iar ovulul matur (sau *ovum,* în latină – așa cum este numit acum) își face drum spre trompele uterine. După ovulație, țesutul rămas din folicul se organizează într-o structură numită corp luteal, care produce hormonul progesteron. Acest hormon stabilizează mucoasa uterină și produce alte modificări pentru ca implantarea să aibă succes (progesteronul este *pro-gest*-ație). Traiectoriile sau cei patru hormoni principali din ciclul menstrual sunt reprezentate în figura 5.

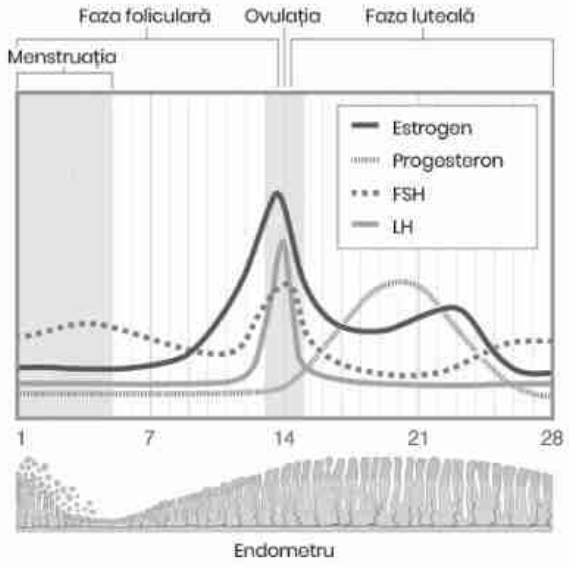


Figura 5. Nivelurile hormonale și ciclul menstrual

Imaginează-ți celulele care alcătuiesc mucoasa uterului (endometrul) ca pe niște cărămizi. Estrogenul construiește și așază cărămizile, dar în cele din urmă un zid are nevoie de susținere. Progesteronul acționează ca un mortar care stabilizează mucoasa. Dacă are loc implantarea, celulele semnalizatoare hormonale din partea embrionului se asigură că, în acest caz,

corpul luteal continuă să producă progesteron până când placenta poate prelua controlul. Fără semnalare din partea embrionului, nivelul de progesteron scade, corpul luteal are o durată de viață de 14 zile (adică un interval cuprins între 12 și 16 zile) și se micșorează, devenind o mică cicatrice, numită corpus albicans. Retragerea progesteronului este cea care destabilizează mucoasa uterului, ducând la apariția menstruației.

Ciclul începe din nou atunci când creierul semnalează următorul val de foliculi.

Tranziția spre menopauză

Tranziția spre menopauză pare a fi copilul mijlociu al sănătății reproductive. A fost adesea exclusă sau ignorată sub pretextul fals că nu este mare lucru pentru că nu reprezintă cu adevărat menopauza. Acum știm că este o perioadă de haos hormonal, în care multe femei au unele dintre cele mai grave simptome. Chiar în momentul în care citești aceste rânduri, e foarte probabil ca aproape 20 de milioane de americance să se confrunte cu tranziția spre menopauză.

Există câteva caracteristici biologice esențiale ale tranziției spre menopauză. Există o pierdere accelerată a foliculilor, o afectare a producției de hormoni de către foliculii rămași și modificări ale semnalelor de la nivelul creierului. Aceste schimbări pot apărea din diverse motive. La nivelul

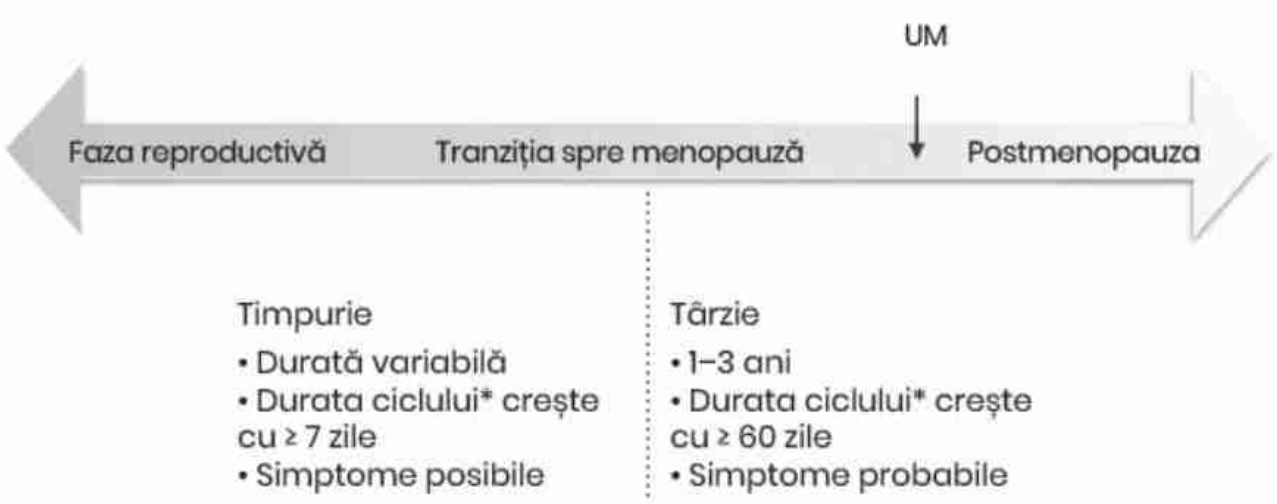
ovarului, foliculii primordiali pot îmbătrâni sau foliculii care rămân nu au fost niciodată sănătoși încă de la început și de aceea nu au ajuns să fie recrutați. Există, de asemenea, diminuări ale fluxului sanguin către ovar legate de vârstă, care pot afecta capacitatea de producere a hormonilor. Unele dintre modificările în privința semnalării de la nivelul creierului sunt o reacție la ceea ce se întâmplă cu producția de hormoni în foliculi, dar altele au legătură cu vârsta. Practic, este un proces complicat care implică mai multe mecanisme.

Tranziția spre menopauză are o durată nedeterminată și poate varia semnificativ de la o femeie la alta. Femeile afro-americane sunt predispuse la o tranziție spre menopauză mai lungă, deși vârsta menopauzei este aceeași.

Nu se poate ști că tranziția spre menopauză are loc până când nu are loc cu adevărat. Absența unei menstruații sau două ar putea fi cauzată de stres sau ar putea fi începutul tranziției. Unele femei pot avea chiar fluctuații minore în ceea ce privește volumul fluxului menstrual sau regularitatea menstruațiilor până la tranziția spre menopauză, dar atunci când se întâmplă astfel, nu putem ști dacă este vorba despre un preambul al tranziției spre menopauză sau nu. Aceasta este adesea o sursă de frustrare – nu știi cu adevărat că ești în faza de tranziție spre menopauză până când nu ai intrat de-a binelea în ea.

Din punct de vedere medical, tranziția spre menopauză se împarte în două faze: timpurie și târzie (vezi figura 6). Diferențele majore între cele două faze sunt schimbările legate de durata ciclului menstrual, ceea ce înseamnă că timpul dintre menstruații crește. În timpul fazei timpurii, o femeie ar putea observa că unele dintre cicluri se prelungesc cu șapte sau mai multe zile ori că menstruația lipsește. Tranziția târzie se caracterizează prin absența mai multor menstruații – adică 60 de zile între menstruații.

Când o femeie începe să aibă două menstruații absente la rând, există o șansă de 95% ca ultima menstruație să aibă loc în următorii patru ani. Simptomele, cum ar fi bufeurile sau insomniile, încep adesea în tranziția mai târzie spre menopauză, dar nu există o regulă strictă în acest caz – unele femei prezintă simptome mai devreme decât altele, iar altele pot să aibă trei sau patru menstruații absente la rând, să fie aproape de ultima menstruație și să nu prezinte niciun simptom.



* Ciclul este cuprins între prima zi a unei menstruații și prima zi a următoarei.

Figura 6. Tranziția spre menopauză – timpurie și târzie

Fiecare ciclu menstrual în timpul tranziției spre menopauză este ca un joc de poker, așa că poate fi cu adevărat un haos menstrual. Cu cât se apropie mai mult ultima menstruație, cu atât foliculii primordiali sunt mai puțin receptivi și în consecință menstruațiile absente din cauza lipsei ovulației devin mai frecvente.

Singurul lucru cu adevărat previzibil în legătură cu tranziția spre menopauză este că ea este imprevizibilă.

Menopauza și postmenopauza

Ultima menstruație (UM) marchează instalarea menopauzei – în acest moment au mai rămas între 100 și 1 000 de foliculi primordiali, care sunt incapabili de ovulație. Femeile nu-și cunosc ziua în care s-a instalat menopauza decât la 12 luni de la ultima menstruație, ceea ce poate fi enervant, dar din punct de vedere medical contează doar atunci când se evaluează sângerările anormale sau nevoia de contracepție. Postmenopauza este faza de după ultima menstruație, dar se obișnuiește să se spună și că o femeie este la menopauză.

În descrierea menopauzei, nu este neobișnuit ca manualele și articolele să folosească cuvântul „epuizat/ă“ atunci când nu mai există foliculi capabili să ovuleze, dar ovarele nu sunt epuizate, obosite sau consumate. Nu este ca și cum ar fi început o

cursă și aceasta a trebuit să se oprească din cauza unui accident sau a unui antrenament inadecvat. Ovulația se termină atunci când îi e dat să se termine pentru că așa este planul. Dacă am folosi același ton pentru a ne referi la disfuncția erectilă, ne-am aștepta ca manualele să declare că penisul este „consumat". În medicină, bărbații ajung să îmbătrânească cu eufemisme mult mai blânde, iar femeile sunt exilate în orașul Respingătorești. Generații întregi de medici profesioniști au fost instruite cu acest limbaj, iar mulți au folosit probabil aceleași cuvinte atunci când au vorbit cu pacientele lor – și acest lucru trebuie să se schimbe.

Multă vreme s-a crezut că ovarele sunt „nefuncționale" după menopauză. Parțial, această convingere era urmarea imposibilității de stabilire a nivelurilor foarte scăzute de estradiol, testosteron și alți hormoni la femeile aflate la postmenopauză. În anii 1980 și la începutul anilor 1990, când studiam eu medicina, nu exista tehnologia pe care o avem acum. Cu toate acestea, ideea falsă că ovarele sunt moarte după menopauză venea, de asemenea, din convingerea împământenită că principala valoare a unei femei constă în capacitatea ei de reproducere și, prin urmare, sfârșitul fertilității înseamnă că femeile stau în anticameră la Doamna cu coasa așteptând să fie chemate. Așadar, dacă „înțelepciunea" convențională este că ovarele nu au nicio valoare după menopauză, nu ar mai trebui să studiezi ceea ce „știi" că este adevărat.

Însă acum înțelegem că ovarele sunt implicate în producția de hormoni și după menopauză, deși într-o măsură mult mai mică. Acest lucru nu înseamnă că unii dintre foliculi au luat-o razna și operează pe furiș; mai degrabă, stroma ovariană – țesutul propriu-zis al ovarului care conține foliculii – este capabilă să producă un precursor hormonal numit androstendion, care poate fi transformat de alte țesuturi în estrogen și testosteron. Prin urmare, îndepărtarea ovarelor după menopauză conduce la o scădere mică a nivelurilor de estradiol și testosteron, deoarece are un efect redus asupra capacității altor țesuturi de a produce acești hormoni.

Un îndrumar despre hormoni

Pentru a înțelege ce se întâmplă cu hormonii în timpul tranziției spre menopauză și după aceea, este important să ne uităm puțin înapoi ca să facem o introducere. Hormonii sunt mesageri chimici; ei sunt practic niște chei în miniatură care cutreieră prin tot corpul în căutarea receptorului potrivit (o încuietoare) printre celule. Când cheia se potrivește cu încuietoarea, mesajul de la hormon este transmis celulei.

Unii hormoni sunt produși în cantități mari, deoarece trebuie să călătorească prin corp pentru a avea impact asupra altor țesuturi, de exemplu, uterul și creierul, iar alții sunt produși în cantități mai mici, pentru uz local.

Există mulți hormoni importanți implicați în continuitatea menopauzei, dar unii dintre actorii-cheie sunt:

- **ESTRADIOLUL.** Termenul tehnic este 17-beta-estradiol, dar de obicei este numit doar estradiol. Acesta este principalul estrogen înainte de menopauză. Este produs în cantități mari în foliculul în curs de dezvoltare, deoarece este menit să intre în fluxul sanguin și să aibă efecte de amploare asupra multor țesuturi. Estradiolul este produs în cantități mai mici în alte țesuturi pentru uz local, cum ar fi cel adipos (sau gras), endometrul (mucoasa uterului), ficatul, creierul, oasele și mușchii. Nivelurile de estradiol variază semnificativ pe parcursul ciclului menstrual; acestea pot fi de doar 30 pg/ml la începutul fazei foliculare și de zece ori mai mari – de obicei 200–300 pg/ml – chiar înainte de ovulație. În timpul tranziției spre menopauză, nivelurile de estradiol pot fi chiar mai mari decât cele tipice, din cauza semnalelor hormonale neregulate. După menopauză, nivelurile de estradiol scad semnificativ și, în general, sunt de 10–25 pg/ml, iar estradiolul măsurat în sânge în acest

moment reprezintă hormonul produs în alte țesuturi (cum ar fi grăsimea sau mușchii) care s-a dus în fluxul sanguin.

- **ESTRONA.** Este un estrogen mai slab decât estradiolul, și este și ea produsă în foliculul în dezvoltare, precum și în alte țesuturi. Estrona poate fi transformată de țesuturi în estradiol, iar estradiolul poate fi transformat în estronă. Acest fluviu bidirecțional are loc în interiorul celulelor, permițând realizarea unui reglaj fin la nivel celular. După menopauză, scăderea producției de estradiol este mai dramatică decât cea de estronă.

- **ESTRIOLUL.** Este produs în primul rând în placentă. Nu pare să aibă vreun rol în menopauză.

- **TESTOSTERONUL.** Este produs în foliculul în curs de dezvoltare, în corpul ovarului și în glandele suprarenale. Principala sursă de testosteron este glanda suprarenală, astfel încât nivelurile lui nu scad semnificativ odată cu ultima menstruație; în schimb, nivelurile lui scad treptat de-a lungul vieții, acest lucru fiind în primul rând din cauza schimbărilor legate de vârstă la

nivelul glandei suprarenale. Cantitatea mică de testosteron produsă de ovare înainte de menopauză joacă probabil un rol în ovulație.

- **PROGESTERONUL.** Este produs de corpul luteal, țesutul care se formează în folicul după ovulație. Nivelurile de progesteron scad în timpul tranziției spre menopauză, deoarece corpul luteal poate deveni mai puțin eficient la producerea de progesteron sau din cauza unui interval mai lung între ovulații. În momentul în care mai sunt doi ani până la ultima menstruație, doar 50% dintre ciclurile menstruale ale femeii mai produc niveluri adecvate de progesteron.

- **HORMONUL ANTI-MULLERIAN** sau **AMH.** Acest hormon este produs de foliculi și este implicat în transmiterea semnalului pentru ovulație – face parte din sistemul de comunicare care acționează ca un paznic al rezervei de foliculi primordiali, astfel încât numărul adecvat să fie recrutat în acțiune în fiecare ciclu. Fără acest tip de control local, zeci de mii de foliculi sau chiar mai mulți ar putea concura pentru ovulație. Nivelul de

AMH este important în evaluarea infertilității. În prezent se fac cercetări pentru a vedea dacă nivelurile de AMH ar putea fi utilizate ca factor de predicție pentru menopauză.

- **ANDROSTENDION.** Este produs din colesterol în cadrul unui proces în mai multe etape și este hormonul precursor produs în foliculi care este transformat fie în estronă (și apoi în estradiol), fie în testosteron (vezi figura 7; pentru procesul complet de transformare a colesterolului în hormoni, vezi anexa A). Ca atare, nu are nicio funcție hormonală în sine. De asemenea, este produs în țesutul ovarian (stroma) și al glandelor suprarenale, astfel că, la menopauză, se înregistrează o scădere a nivelurilor sale, dar rămâne în continuare în cantitate mare, deoarece nu mai este necesar producerii unor niveluri ridicate de estradiol.

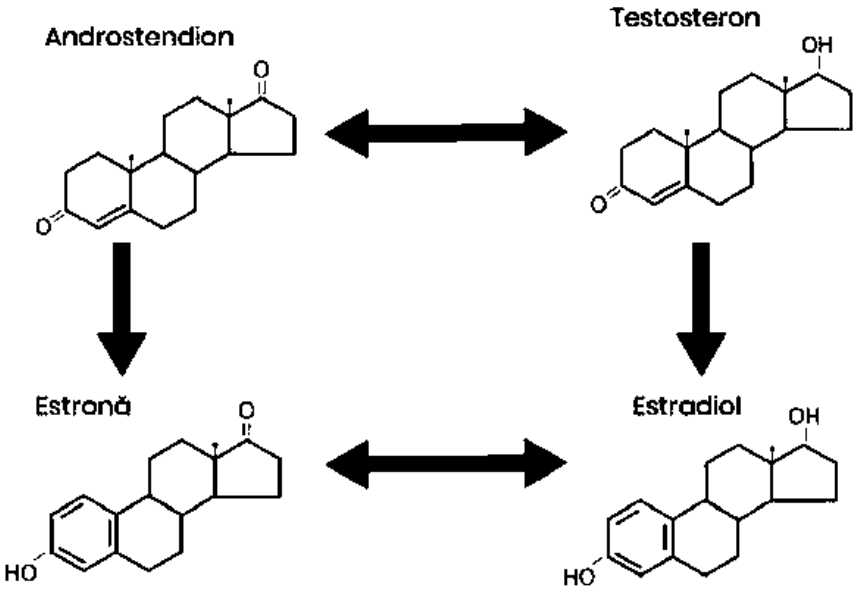


Figura 7. Producția de estradiol, estronă și testosteron

Estrogenul și testosteronul pot fi liberi în sânge sau pot fi legați de o proteină purtătoare numită globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG[6]). Numai hormonul liber poate interacționa cu țesuturile. Am reușit să țin minte acronimul SHBG cu ajutorul următoarei mnemonici: „Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri.“ Cu un nivel scăzut de SHBG există mai puțini hoți, deci mai mulți hormoni pot ieși în siguranță afară să meargă la petrecere, iar un nivel mai ridicat de SHBG înseamnă că sunt mai mulți hoți care cutreieră „bulevardele și gangurile“ din organism, deci nu este momentul pentru distracție. Deoarece testosteronul se leagă mai strâns de SHBG decât estrogenul (mă gândesc la el ca la un agresor care încearcă să îndepărteze estrogenul), un nivel mai scăzut de SHBG înseamnă mai mult testosteron disponibil comparativ cu estrogenul.

Cum se schimbă hormonii în timpul tranziției spre menopauză

Practic, hormonii au niveluri foarte diferite.

Înainte, se credea că nivelul de estradiol scade treptat, determinând creierul să secrete o cantitate mai mare a hormonului de stimulare foliculară (FSH) în încercarea de a mobiliza o cantitate mai mare de foliculi primordiali care să producă mai mult

estradiol. Practic, creierul „strigă“ la ovare că nu a primit suficient feedback sub formă de estradiol. Pe măsură ce aflăm mai multe despre menopauză, se pare că lucrurile devin și mai complexe și nu este vorba întotdeauna despre estradiol. Nivelurile ridicate de FSH nu pot fi doar un produs secundar al creierului care încearcă să determine dezvoltarea foliculilor, ci pot fi, de asemenea, responsabile pentru unele dintre simptomele și afecțiunile asociate cu continuumul menopauzei. De exemplu, există noi dovezi care sugerează în mod destul de convingător că nivelurile ridicate de FSH pot constitui un factor important în osteoporoză. Când catalogăm menopauza drept un deficit de estrogen, ceva care se potrivește cu relatările patriarhale despre deficitul unui hormon „feminizant“, pierdem din vedere alte schimbări hormonale importante.

Nivelurile de estradiol, progesteron și FSH pot varia semnificativ de la un ciclu la altul. Foliculii se pot dezvolta mai lent, ceea ce conduce la un ciclu mai lung. În cazul în care ciclul este mai scurt decât era de așteptat, prima jumătate este redusă și, în mod proporțional, a doua jumătate sau faza lutealã a ciclului durează mai mult timp, adică perioada în care femeile se confruntă cu simptome premenstruale (SPM). Așadar, ciclurile scurte multiple reduc pauza pe care o femeie ar putea-o avea între simptomele sindromului premenstrual. Ciclurile cu niveluri mai ridicate de estrogen pot avea ca

rezultat menstruații mai abundente, migrene și dureri de sâni, dar cauza simptomelor ar putea fi și oscilațiile nivelurilor hormonale de la un ciclu la altul. Unele femei sunt mai sensibile la modificările nivelurilor hormonale. De exemplu, nu toate femeile suferă de sindrom premenstrual sau de depresie postpartum – și același principiu este în discuție și aici, deoarece gama simptomelor și gravitatea lor pot varia de la chinuitoare, cu un impact major asupra calității vieții, până la minime sau inexistente.

Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) este un studiu american început în 1996 care a inclus un grup de femei de diferite rase și etnii, furnizând multe informații despre evoluția hormonilor pe parcursul tranziției spre menopauză. Dacă ne gândim că schimbările apărute de la un ciclu la altul despre care tocmai am discutat sunt niște copaci, evoluția este pădurea. Din studiul SWAN au reieșit patru tipare de niveluri de estradiol:

- **CREȘTERE ȘI SCĂDERE BRUSCĂ.** O creștere a nivelului de estradiol în timpul tranziției spre menopauză și apoi o scădere bruscă cu aproximativ un an înainte de UM. Acesta este cel mai frecvent model în rândul femeilor caucaziene.

- **CREȘTERE ȘI SCĂDERE LENTĂ.** O creștere a nivelurilor de estradiol

în timpul tranziției spre menopauză și apoi o scădere lentă care continuă doi ani după perioada ultimei menstruații. Acesta este cel mai rar întâlnit model, cu o distribuție similară între rase/etnii.

- **EVOLUȚIE CONSTANTĂ.** Nivelurile de estradiol sunt de la început mai mici și scăderea este graduală. Acesta e cel mai frecvent tipar pentru femeile afro-americane.

- **DECLIN LENT.** Nivelurile de estradiol scad lent, gradual. Acest tipar este observat mai frecvent în rândul americancelor de origine chineză și japoneză, și printre hispanice.

Există trei modele pentru FSH: o creștere ridicată, una medie și alta scăzută. Cea din urmă este cea mai puțin frecventă și este mai probabil să aibă loc când nivelul de estradiol nu crește înainte de UM, ceea ce înseamnă că există un grup de femei care au schimbări mai puțin pronunțate atât în ceea ce privește estradiolul, cât și FSH pe parcursul tranziției lor spre menopauză.

Există teste hormonale pentru menopauză?

Pentru a răspunde pe scurt, nu. Vorbim despre „marea așteptare a menstruației“.

În momentul în care o femeie este la postmenopauză, nivelul ei de estradiol este în general <25 pg/ml și FSH-ul >30 UI/ml, dar asta nu înseamnă că testarea oricăruia dintre cei doi hormoni determină diagnosticul de menopauză. În primul rând, nivelurile hormonale variază de la o zi la alta. Dar, așa cum tocmai am discutat, nivelurile acestor hormoni pot urca și coborî de la un ciclu la altul, așa că un nivel aleatoriu însoțind unul scăzut de estradiol/ridicat de FSH ar indica menopauza, dar ar putea fi și cauza absenței unei menstruații sau două. Uneori, ultima ovulație poate produce niveluri de estradiol și FSH care ar putea fi observate la o femeie de 35 de ani.

Nu uita însă că nu avem nevoie de niveluri hormonale pentru a ști dacă o fată de 12 ani, care crește în înălțime și căreia i se dezvoltă sânii, este la pubertate. În mod similar, dacă o femeie are peste 40 de ani și se confruntă cu menstruații neregulate și/sau bufeuri, știm că nivelurile sale hormonale se schimbă și că se află în tranziția spre menopauză. Testarea hormonilor doar ca verificare nu ne spune nimic despre stadiul în care se află o femeie în timpul tranziției spre menopauză și nici când se așteaptă ultima menstruație. Ba mai mult, nici nu este necesar, deoarece nivelurile hormonale nu modifică recomandările pentru tratamentul hormonal al menopauzei (THM), deși aceste teste sunt importante când menstruația se oprește înainte de vârsta de 40 de ani (vezi capitolul

6). Testele hormonale sunt importante și în scopuri de cercetare și ca parte din evaluarea infertilității, dar nu fac subiectul acestei cărți. Deocamdată, diagnosticul menopauzei se bazează pe vârstă, pe un istoric de menstruații neregulate urmat de 12 luni fără menstruație (presupunând că nu există nici o altă explicație medicală pentru absența ei).

Există și alte cauze ale menstruațiilor neregulate. O femeie de 30 sau 40 de ani ar putea avea nevoie de analize de sânge pentru a se stabili cauza. De exemplu, tulburările tiroidiene pot provoca menstruații neregulate, iar în acest caz pot fi necesare testele.

În cazurile în care este necesară stabilirea nivelurilor hormonale, de exemplu, în depistarea sindromului ovarelor polichistice sau SOP (o afecțiune cu tulburări de ovulație care afectează între 6 și 12% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă) sau când se suspectează insuficiența ovariană primară (vezi capitolul 6), se fac analize de sânge. Unii medici oferă teste hormonale salivare, dar acestea nu sunt *niciodată* indicate. Nu sunt niște teste pe care să te poți baza și nici măcar nu reflectă ceea ce se află în sânge. În opinia mea, niciun medic care oferă teste hormonale salivare când există îngrijorări legate de menopauză nu ar trebui să se ocupe de menopauza nimănui.

Cum rămâne cu stabilirea tranziției spre menopauză în cazul femeilor care au de

obicei menstruații neregulate din alte motive sau care suferă de SOP? În cazul lor, s-ar putea ca debutul unor menstruații neregulate să nu poată fi folosit ca un semn al începerii tranziției spre menopauză. Se poate observa o schimbare a tiparelor de sângerare față de ceea ce este tipic pentru femeia respectivă, dar pot apărea și alte simptome ca semn al tranziției spre menopauză, cum ar fi bufeurile sau tulburările de somn, iar acestea pot fi tratate indiferent de ciclul menstrual. Sunt necesare mai multe cercetări privind tranziția spre menopauză și SOP.

În cazul femeilor care au suferit o histerectomie sau o ablație endometrială (o procedură prin care se îndepărtează mucoasa uterină) ori al celor care au un dispozitiv intrauterin hormonal (DIU hormonal) și nu au menstruație, ciclul nu va putea fi folosit pentru stabilirea tranziției spre menopauză sau a datei menopauzei. Dacă este nevoie de tratament, acesta poate fi început în funcție de simptome sau de factorii de risc.

DE REȚINUT

- La debutul pubertății există aproximativ 300 000 de foliculi imaturi cu oocite (ovule) în ovar, iar la menopauză rămân 1 000 sau mai puțin, dar aceștia nu mai sunt capabili să ovuleze.
- Tranziția spre menopauză este o etapă de duratâ variabilâ înainte de ultima menstruație – caracterizată de niveluri fluctuante de hormoni.

- Tranziția spre menopauză se distinge prin neregularitatea menstruațiilor, iar femeile care au mai mult de 60 de zile între menstruații se află în faza târzie a tranziției spre menopauză – ceea ce înseamnâ că ultima lor menstruație urmează în trei ani sau mai puțin.

- Există multe schimbări hormonale odatâ cu tranziția spre menopauză. Menopauza înseamnă mai mult decât niște simple modificări ale estradiolului.

- Nivelurile hormonale nu ar trebui să fie folosite pentru prezicerea momentului în care va avea loc ultima menstruație, pentru diagnosticarea menopauzei sau pentru stabilirea terapiei în cazul femeilor cu vârsta de peste 40 de ani.

CAPITOLUL 4

Avantajul evolutiv al menopauzei

Un semn de putere, nu de slăbiciune

Există o teorie greșită, dar des întâlnită, conform căreia femeile nu au fost niciodată „menite“ să se confrunte cu menopauza. Potrivit acestei teorii, menopauza este o stare întâmplătoare apărută după creșterea speranței de viață ca urmare a condițiilor sanitare și medicale moderne, permițând femeilor să trăiască și după pierderea funcției lor ovariene. O societate patriarhală binevoitoare a permis ca defectele femeilor – cum ar fi menopauza – să fie descoperite.

Stăruința cu care se vehiculează acest mit este o dovadă a impactului dogmei

patriarhale. Ștergerea din istorie a femeilor aflate la menopauză înseamnă literalmente reducerea femeii la funcționarea uterului și a ovarelor ei. De câte ori mi se pare ceva deplasat, înlocuiesc cuvântul „femei“ cu „bărbați“ pentru a vedea cum sună. Dacă sună rezonabil, cel mai probabil voi considera ipoteza demnă de o evaluare suplimentară, dar dacă nu am vorbi niciodată despre bărbați în acest fel, atunci îmi arăt neîncrederea sau chiar disprețul fără menajamente.

A rostit cineva vreodată în istoria medicinei aceste cuvinte: „Datorită unei igiene mai bune și a îngrijirilor medicale, bărbații trăiesc acum suficient de mult pentru a ajunge să aibă disfuncție erectilă“? Mă îndoiesc.

Mitul speranței de viață

Speranța de viață este durata medie a vieții unui individ dintr-o anumită comunitate și nu se aplică discuțiilor despre menopauză. De exemplu, când ne referim la o speranță de viață de 30 de ani din trecut nu înseamnă că toată lumea murea după această vârstă, ci că 50% din populația lumii trăia până după vârsta de 30 de ani, iar restul murea înainte de 30 de ani. Ia drept exemplu două gemene identice: una moare la două zile după naștere din cauza unei infecții, iar cealaltă trăiește 72 de ani. Ele au o speranță medie de viață de 36 de ani, dar această afirmație

nu oferă nicio informație utilă despre viața oricăreia dintre gemene.

Speranța de viață a crescut semnificativ de-a lungul anilor, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților. Acest lucru se datorează în primul rând faptului că mai mulți copii supraviețuiesc primului an de viață, grație condițiilor sanitare îmbunătățite, a asistenței medicale primare și a vaccinurilor. Până relativ recent în istoria omenirii, decesele în primul an de viață erau într-un procent foarte ridicat – uneori de 50%. Privind în urmă la propriul arbore genealogic, stră-stră-străbunicii mei John și Elizabeth Gunter au avut șase copii între anii 1846 și 1862; doi dintre băieți – ambii cu numele Thomas – au murit înainte de a împlini 1 an.

Din punct de vedere istoric, dacă reușeai să treci de prima zi de naștere, șansele de a trăi o viață îndelungată creșteau considerabil.

Consemnările unora dintre primele civilizații indică faptul că, dacă un om supraviețuia copilăriei, *era posibil* ca el să trăiască până la 60 sau 70 de ani. Un studiu care a analizat consemnările regilor, filozofilor și poeților antici care au trăit înainte de anul 100 î.H. (excluzând morțile violente, deoarece obiectivul era durata naturală de viață) a constatat că aceia care se bucurau de privilegiul unui astfel de rang trăiau în medie 72 de ani. Cei care se confruntau cu sărăcia cel mai probabil că trăiau mai puțin din cauza malnutriției, a

traumatismelor și a epuizării cauzate de munca grea.

Ce se întâmpla în cazul femeilor? Nu există la fel de multe informații, deoarece era mai puțin probabil să se înregistreze datele nașterii și ale decesului în cazul femeilor. De exemplu, în Roma antică, dacă o femeie murea înaintea soțului ei, era mai probabil ca numele ei să fie înscris pe o piatră funerară decât dacă deceda el primul. Cum soții erau de obicei puțin mai în vârstă decât soțiile lor, era mai probabil ca ei să moară primii, astfel că decesele femeilor mai tinere erau suprareprezentate pe pietrele funerare, ceea ce face să pară că mai multe femei au murit de tinere sau la scurt timp după ce au adus pe lume un copil, când în realitate este vorba despre ceea ce, în medicină, numim eroare de eșantionare.

Ideea că femeile mureau atât de des la naștere încât majoritatea nu apucau să ajungă la menopauză a fost promovată pentru a susține conceptul de menopauză ca fiind o experiență modernă, dar în cea mai mare parte a istoriei noastre consemnate, mortalitatea maternă probabil că nu a fost mai mare de 1 sau 2%. Eu pun o mare parte din acest mod de gândire eronat pe seama obstetricii moderne, pentru că, mă întreb, ce modalitate de a-ți susține indispensabilitatea poate fi mai bună decât să insinuezi că majoritatea femeilor vor muri fără intervențiile tale? În timp ce puzderia de orfani din literatura populară engleză din secolele al XVIII-lea și al XIX-lea alimenta,

fără îndoială, acest presupus masacru al femeilor pe patul de naștere, ea este compensată în mod evident de arhetipul babei din mitologia și literatura antică. Dar dacă scopul este cel de a stârpi femeile în vârstă, doar poveștile în care ele nu sunt prezente au șanse să intre în memoria colectivă.

Știm că femeile au trăit și după vârsta de 50 de ani, altfel medicii antici greci și romani nu ar fi putut să consemneze cu exactitate vârsta medie a menopauzei. Pliniu cel Bătrân (scriitor roman care a trăit cu aproximație în anii 23–79 d.H.) menționează în lucrările sale mai multe femei de 90 de ani sau chiar mai în vârstă.

Înainte de apariția instalațiilor sanitare și a medicinei moderne, femeile care ajungeau până la vârsta de 45 de ani aveau probabil o speranță de viață cuprinsă între 60 și 70 de ani, la fel ca bărbații. Acest lucru se potrivește cu observațiile din culturile actuale ale vânătorilor-culegători care păstrează un mod de viață tradițional și nu au acces la medicina modernă. În hadza, un trib din Tanzania care a rezistat colonizării și care a fost studiat de antropologi în anii 1980, când trăiau în mod tradițional, dacă o femeie supraviețuia până la vârsta de 45 de ani, ea se putea aștepta să ajungă la 65, maximum 67 de ani.

Menopauza nu este în mod evident un artefact al industrializării sau al medicinei moderne. Salubritatea, nutriția îmbunătățită și medicina par să le fi oferit femeilor, *dar și*

bărbaților, o viață care depășește 70 de ani. Astăzi, în Statele Unite, o femeie de 45 de ani se poate aștepta să trăiască până la aproape 83 de ani, cu trei ani mai mult decât se poate aștepta un bărbat de aceeași vârstă.

Menopauza și povara reproducerii

Când se gândesc la evoluție și la supraviețuirea celor mai puternici, majoritatea oamenilor iau în considerare doar individul și urmașii săi. Acest lucru nu se poate aplica în cazul menopauzei, deoarece femeile aflate în postmenopauză nu se reproduc, deci nu își mai transmit materialul genetic direct generației următoare. Dar, după menopauză, femeile își pot proteja în continuare moștenirea genetică contribuind la supraviețuirea nepoților lor.

Avantajul evolutiv al menopauzei este reprezentat de bunicuțe. El este cunoscut sub numele „ipoteza bunicilor" și există o mulțime de date științifice care o susțin.

Deși este adevărat că majoritatea mamiferelor – femele și masculi – mor relativ repede după ce își pierd capacitatea de reproducere, oamenii nu sunt la fel. În cazul oamenilor, sarcina reprezintă cu mult mai mult o investiție biologică. Ea nu numai că redirecționează calorii și substanțe nutritive, ci în lumea mamiferelor, oamenii au parte de nașteri îngrozitoare. Știu că,

personal, mulți oameni consideră că nașterea sau cel puțin propria naștere este frumoasă, iar acest lucru este absolut corect, dar, din punct de vedere biologic, este mai mult o situație de „este la limită" care ține de faptul că femeile trebuie să suporte sacrificiul fizic. Am văzut o căprioară fătând în curtea mea. A fost ceva de genul „naște, ridică-te și pleacă". S-a întâmplat foarte repede, cu o pierdere minimă de sânge și fără leziuni fizice vizibile. Dar puiul de căprioară nu trebuie să meargă la școală.

Femeile au travaliile mai lungi și mai dificile decât majoritatea mamiferelor din cauza capului mare la naștere și al pelvisului relativ îngust care ne permite să mergem în două picioare. Inteligența și capacitatea de a merge în poziție verticală, care permit să ne folosim mâinile pentru alte sarcini, ne-au conferit avantaje evolutive uriașe. Dar care este problema? Problema este trecerea capului mare al fătului, necesar pentru inteligență, prin bazinul îngust de care avem nevoie pentru a fi bipede. Este un proces dureros, țesuturile se deteriorează și pot exista pierderi mari de sânge. Există, de asemenea, riscul mortalității materne, deosebit de devastator din punct de vedere evolutiv, deoarece dacă o mamă murea în timpul sarcinii lăsând unul sau mai mulți copii orfani, ei aveau mai multe șanse să moară.

După naștere, există sarcina dificilă a creșterii copilului până când acesta poate

avea grijă de el însuși. Bebelușii sunt deosebit de vulnerabili în comparație cu alte mamifere la naștere și pentru că sistemul nostru nervos și creierul sunt departe de a fi complet dezvoltate. Alăptarea și creșterea copiilor necesită un plus de calorii pentru familie, iar copiii mici îngreunează găsirea hranei și asigurarea unui adăpost.

Cine poate ajuta la preluarea unora dintre aceste sarcini care necesită multe resurse? Bunica. Dar ea poate procura hrană și apă, poate găsi adăpost și asigura îngrijirea copiilor doar dacă nu este ea însăși împovărată de aceste sarcini.

Cea mai utilă bunică este aceea care și-a încheiat de mult perioada de reproducere și care și-a născut copiii cu suficient de mult timp în urmă încât să-i poată lăsa nesupravegheați.

Este o teorie grozavă, dar unde sunt dovezile?

Cercetătorii au analizat registrele de naștere și de deces ale femeilor din secolele XVIII–XIX din Canada și Finlanda. Ei au descoperit că, cu cât o femeie trăia mai mult, cu atât avea mai mulți nepoți. Cercetătorii au ținut cont de numărul copiilor pe care îi aveau bunicile însele, deoarece aceasta este, evident, o variabilă importantă în ceea ce privește numărul nepoților.

Bunicile nu își transmiteau materialul genetic pentru o naștere mai ușoară, pentru că ele aveau un impact atât asupra fiicelor, cât și a fiilor. Deși este posibil ca genetica să fi jucat un anumit rol – bunicile care trăiesc

mai mult pot avea un bagaj genetic care să favorizeze și supraviețuirea în copilărie –, ea nu a constituit un factor determinant major, deoarece impactul bunicii dispărea odată cu distanțarea acesteia de restul familiei. Dacă locuia în apropiere de fiică sau fiu, o bunică avea în medie cu doi nepoți mai mult decât una care locuia la distanță mare. Nu era vorba doar despre a avea o bunică suficient de sănătoasă ca să trăiască, cel mai mult conta o bunică aflată suficient de aproape. Chiar este nevoie de un sat pentru a crește un copil, după cum spune proverbul.

Sigur, vei spune, o bunică tânără ar fi utilă, dar una de 60 sau 70 de ani? Este adevărat că, în urmă cu sute de ani, bunicile erau poate mai tinere decât multe dintre cele din prezent. Cu toate acestea, importanța unei bunici nu a scăzut odată cu înaintarea în vârstă. Pentru fiecare deceniu cu care o bunică depășea vârsta de 50 de ani, ea avea încă doi nepoți. Bunicile aflate la postmenopauză contribuiau la importanța nucleului familial și erau cadoul veșnic valoros.

Bunicile se bucurau probabil de o relație simbiotică cu nucleul familial. Asigurarea hranei și îngrijirea nepoților au sporit importanța lor. Dacă un procent semnificativ din caloriile familiei erau asigurate de bunici, pare lesne de înțeles că ele erau protejate de grup, care le sporea astfel șansele de supraviețuire.

Este exact ceea ce au arătat și observațiile făcute asupra femeilor hadza.

Potrivit cercetărilor efectuate de dr. Kristen Hawkes și echipa sa, femeile hadza care au în familie o bunică au mai mulți copii decât cele fără bunică, iar femeile hadza aflate la postmenopauză își petrec o mare parte din zi căutând hrană – ele petrec chiar mai mult timp procurând-o decât bărbații adulți. Când fiica unei astfel de femei alăptează, timpul pe care o bunică hadza îl petrece pentru procurarea hranei crește.

Se crede că, de-a lungul unei lungi perioade din istoria umanității, bărbații au fost cei care au procurat hrană din vânătoarea animalelor masive, dar aceasta este o sarcină care necesită o muncă incredibil de laborioasă și o sursă nesigură de hrană. Deși se potrivește cu scenariul patriarhal al bărbatului ca protector al familiei, în societățile de vânători-culegători, cea mai mare parte din hrana familiei era culeasă, iar bunicile excelau în această sarcină. Aducerea vânatului mare se poate să fi contribuit în alte moduri – de exemplu, la asigurarea poziției sociale în cadrul colectivității.

Psihologii vorbesc despre două tipuri diferite de inteligență: inteligența fluidă și cea cristalizată. Inteligența fluidă include gândirea rapidă, reamintirea rapidă și îndeplinirea mai multor sarcini simultan, și atinge apogeul la vârsta de 20–30 de ani. Pe măsură ce ne apropiem de vârsta mijlocie, se dezvoltă inteligența cristalizată, care constă în modul în care folosim și aplicăm ceea ce am învățat. Acest tip de inteligență

a fost deosebit de util pentru bunicile din Antichitate care contribuiau la viața colectivității, poate prin reperarea hranei în perioadele de secetă sau prin identificarea speciilor de plante care erau sigure pentru consum.

În afară de om, singurele mamifere despre care se știe că au menopauză sunt cetaceele cu dinți, cele mai bine studiate fiind balenele ucigașe sau orcile. La fel ca oamenii, femelele de balene ucigașe încetează să se mai reproducă în jurul vârstei de 40 de ani și pot trăi până la 90 de ani, deci și ele își trăiesc aproximativ jumătate din viață după menopauză. (Din punct de vedere tehnic, „menopauză“ nu este cel mai bun cuvânt, deoarece balenele nu au menstruație, ci un ciclu estral, dar vom folosi menopauza ca termen înlocuitor). Masculii de balenă ucigașă mor în jurul vârstei de 50 de ani.

Este clar că femelele de balene ucigașe trăiesc după menopauză nu datorită sistemului patriarhal binevoitor.

Cercetătorii au studiat decenii informații obținute de la balenele ucigașe din nord-vestul Pacificului. La fel ca oamenii, ele trăiesc în grupuri mici, sunt sociabile și inteligente. Puii lor rămân în același grup, astfel încât se poate urmări dinamica bunică–mamă–progenitură. La fel ca în cazul datelor referitoare la oamenii din Canada și Finlanda și la femeile hadza, o bunică de balenă ucigașă crește probabilitatea ca nepotul ei să

supraviețuiască. În cazul în care o bunică moare, nepotul ei se confruntă cu un risc crescut de deces în decursul următorilor doi ani. De asemenea, cercetătorii au descoperit că, atunci când hrana este puțină, bunicile orcă s-au descurcat cel mai bine să localizeze somonul, conducându-și grupul spre sursa de hrană, și au împărțit captura cu nepoții lor.

Cum a evoluat menopauza?

Mulți oameni – inclusiv medici – abordează această întrebare dintr-o perspectivă greșită, gândind în termeni de *deficiență* ovariană din cauza prejudecăților conform cărora femeile sunt mai slabe și care sugerează că fiziologia masculină reprezintă un fel de standard uman. Această ipoteză falsă conform căreia menopauza este o deficiență biologică care le determină pe femei să nu se mai poată reproduce înaintea bărbaților nu pare a fi diferită de cea a medicilor antici greci, care credeau că femeile sunt prea umede pentru că țesutul lor e deficitar în comparație cu cel al bărbaților.

Pentru a afla modul în care a evoluat menopauza, ne putem uita la cimpanzei, cea mai apropiată rudă a noastră din regnul animal. Și noi, și cimpanzeii ne-am despărțit de un strămoș comun în urmă cu câteva milioane de ani și împărtășim peste 98% din ADN-ul nostru. Care sunt unele dintre asemănările noastre? Funcția ovariană este

una. Atât femeile, cât și femelele cimpanzeu au ovare cu foliculi primordiali și cicluri menstruale. În jurul vârstei de 37 de ani, femelele cimpanzeu, la fel ca femeile, încep să piardă în mod accelerat foliculi primordiali, iar fertilitatea începe să scadă. Diferența este că cimpanzeii mor în jurul vârstei de 50 de ani, ceea ce înseamnă că nu trăiesc mult timp după ce funcția lor ovariană încetează. În afară de longevitate, există și alte diferențe esențiale între oameni și cimpanzei – primatele nasc mai ușor, iar puii lor devin independenți mai devreme decât copiii.

Așadar, întrebarea nu ar trebui să fie: de ce funcția ovariană și, în consecință, fertilitatea se opresc brusc în jurul vârstei de 50 de ani? Întrebarea pe care ar trebui să o luăm în considerare este: cum reușesc femeile să se descurce atât de bine din punct de vedere fizic, încât au ajuns să trăiască dincolo de capacitatea lor de reproducere?

Acest lucru ne readuce la bunici.

Interesant este că bunicile cimpanzeilor nu se implică în creșterea și îngrijirea nepoților lor, dar pentru oameni, implicarea în creșterea unui nepot înseamnă supraviețuirea celui mai puternic – jocul pe termen lung. Grupurile de familii în care există o bunică implicată și dornică să ajute aveau un avantaj în privința supraviețuirii, iar această caracteristică genetică a devenit, cu timpul, dominantă. Cu cât o bunică trăia mai mult, cu atât mai mulți nepoți avea și așa

mai departe. Este posibil și ca bunicile să fi avut o anumită importanță ca îngrijitoare la naștere, deoarece s-a demonstrat că sprijinul permanent al unei moașe în timpul travaliului scurtează durata acestuia, îmbunătățește rezultatele nașterii, iar alăptarea se va face fără probleme. Deși studiile care privesc moașele moderne nu pot fi aplicate direct femeilor din Antichitate, este puțin probabil ca prezența în preajmă a unei persoane cu cunoștințe de bază, capabilă să ofere îngrijire și sprijin, să fi constituit un aspect negativ.

Masculii de balenă ucigașă mor mult mai devreme decât femelele – în jurul vârstei de 50 de ani –, probabil pentru că longevitatea lor ar afecta în mod negativ supraviețuirea grupului, sau poate din cauza competiției pentru hrană ori poate dintr-un alt motiv. Deși nu despre evoluția bărbaților este vorba în această carte, pare rezonabilă ipoteza conform căreia bărbații longevivi au oferit și avantaje, fie în mod direct – ajutându-și copiii și nepoții și susținând bunicile –, fie indirect – prin creșterea statutului social al familiei sau ajutând grupul, în general.

Deoarece femeile trăiesc în medie cu câțiva ani mai mult decât bărbații, asta ne face să ne întrebăm dacă nu cumva longevitatea speciei noastre a fost determinată de bunicile longevive. Recunosc că s-ar putea să fiu departe de adevăr, având în vedere că longevitatea femelelor de balenă ucigașă nu o influențează pe cea a masculilor, dar îmi place ideea Figurii

Matriarhale Universale care orchestrează longevitatea speciei noastre.

Ca o paranteză, mă întreb uneori dacă motivele pentru care poveștile despre femei sunt atât de captivante pentru alte femei nu sunt cumva doar o soluție pentru a vorbi despre asta în public, după secole de tăcere. Poate că suntem conectate la povestirile colective, deoarece acest lucru ar facilita transmiterea de informații vitale despre găsirea hranei și a apei. Dacă femeile erau principalele căutătoare de hrană, abilitatea lor de a aduna informații în acest mod ar fi fost de o importanță capitală.

Importanța femeilor din ziua de azi nu este condiționată de calitatea de a fi bunică

Inteligența umană ne-a permis să ne dezvoltăm în multe feluri, dincolo de programarea noastră evolutivă, așa că, deși ipoteza bunicii explică modul în care am ajuns să avem menopauză, asta nu înseamnă că femeile sunt importante doar ca bunici. Ipoteza bunicii ar trebui să trezească societatea la realitate în privința femeilor aflate la menopauză. Astfel, ideea patriarhală că importanța femeii scade atunci când încetează ovulația pare și mai ofensatoare, deoarece femeile aflate la menopauză au contribuit literalmente la impulsionarea evoluției. Trebuie să recunoaștem că, fie dintr-o alegere

personală, fie, din păcate, din cauza infertilității sau a morții copiilor ori a nepoților lor, nu toate femeile sunt bunici. De asemenea, nu toate bunicile sunt importante în viața copiilor lor.

De ce este menopauza asociată cu așa multe probleme medicale dacă bunicile fac parte din plan?

Bufeuri? Osteoporoză? Boli cardiace? Uscăciune vaginală? Ce fel de plan este acesta?

Nu există nicio cale de a evita îmbătrânirea. Dacă deteriorarea organismului ar fi fost un impediment pentru evoluție, nu sunt sigură unde ne-am fi aflat acum și nici măcar nu știu cum să ne imaginăm acea linie temporală alternativă a evoluției. Dacă bolile de inimă care apar după menopauză sunt un semn al adaptării inadecvate, ce spune asta despre a fi bărbat? În timp ce pierderea accelerată a masei osoase începe în anii din preajma ultimei menstruații, riscul de apariție a fracturilor nu începe să crească până când o femeie nu are în jur de 60 de ani, ceea ce corespunde unei durate naturale de viață de 65–70 de ani. Nu se știe nici dacă era același risc crescut de apariție a fracturilor odată cu vârsta și cu mii și mii de ani în urmă. Dieta, exercițiile fizice și expunerea la lumina soarelui erau foarte diferite, la fel ca

multe alte variabile care contribuie la sănătatea oaselor.

Menstruația și sarcina fac parte din planul evoluției și, cu toate acestea, ambele sunt asociate unor simptome tulburătoare și unor probleme de sănătate, dintre care unele grave. Realitatea nefericită a deținerii unui uter și a unor ovare este aceea de a trebui să mergem mai departe, în ciuda poverii simptomelor neplăcute. Dacă bufeurile sau transpirațiile nocturne au fost întotdeauna la fel ca acum, este puțin probabil ca ele să le fi împiedicat pe cele mai multe femei să adune hrană. În plus, este posibil ca o viață trăită în mare parte în aer liber și/sau dieta și activitatea fizică crescută să fi condus la apariția unui număr mai mic de simptome sau a unora diferite de cele pe care le au femeile în prezent.

Ori de câte ori am neplăceri din cauza menopauzei sau a vârstei, îmi amintesc că, fără femeile aflate în această etapă a vieții, lumea noastră ar fi probabil mult diferită, iar durata vieții ar fi mult mai scurt. Iar menopauza nu este un semn de slăbiciune, ci mai degrabă este o dovadă de putere.

DE REȚINUT

- Menopauza a jucat un rol esențial în evoluția umană.
- Bunicile le conferă nepoților lor un avantaj în materie de supraviețuire, în general prin procurarea hranei și prin faptul că ajută la îngrijirea copiilor și la asigurarea adăpostului.

- Unele balene cu dinți, în special balenele ucigașe, ajung la menopauză, iar bunicile balenă sunt esențiale pentru supraviețuirea nepoților lor.

- Femelele cimpanzeu, cea mai apropiată rudă a noastră, încetează să mai ovuleze cam la aceeași vârstă cu femeile, dar mor la scurt timp după aceea.

- Femeile au evoluat pentru a trăi și după încetarea funcției ovariene, deoarece societatea are de câștigat datorită menopauzei.

CAPITOLUL 5

Momentul menopauzei

Înțelegerea ceasului biologic

Vârsta medie la care femeile din Statele Unite intră la menopauză este de 51 de ani și este aceeași în întreaga țară pentru femeile afro-americane, hispanice, americance de origine japoneză sau chineză și albe. Unele studii mai vechi sugerau că femeile afro-americane și hispanice din America intră mai repede la menopauză, dar datele din studiul SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) au încercat să controleze mulți factori care contribuie la inegalitățile rasiale în materie de sănătate, iar datele sugerează că nu există nicio diferență. Nu se știe dacă vârsta menopauzei a crescut pentru femeile afro-americane și hispanice și este în prezent aceeași cu cea a femeilor caucaziene, sau dacă datele anterioare, care indică o vârstă

mai mică, sunt false din cauza rasismului implicat în cercetarea medicală.

Femeile din Canada, Marea Britanie, Australia, Norvegia, Țările de Jos, Grecia și unele regiuni ale Asiei au o vârstă medie a menopauzei similară cu cea a femeilor din Statele Unite – între 50 și 52 de ani –, în timp ce femeile din țările în curs de dezvoltare tind să aibă o vârstă a menopauzei naturale ușor mai mică. Femeile care trăiesc la altitudini mari (de exemplu, în Himalaya sau în Anzi) sunt predispuse să intre la menopauză mai devreme.

Din punct de vedere medical, vârsta menopauzei este importantă, deoarece există riscuri mai mari în privința sănătății pentru femeile care intră la menopauză mai devreme; de exemplu, există un risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare, a osteoporozei și a demenței.

Aceste riscuri de sănătate ridică mai multe probleme femeilor a căror ultimă menstruație survine între 40 și 45 de ani. Cele care au menopauză timpurie pot reduce o parte din aceste riscuri crescute cu ajutorul THM (tratamentul hormonal al menopauzei) (vezi capitolele 17 și 18). O menopauză mai târzie, adică la cel puțin 54 de ani, este asociată cu un risc crescut de cancer de sân și de cancer endometrial. Atunci când ovulația încetează înainte de vârsta de 40 de ani, diagnosticul este de insuficiență ovariană primară, iar acest lucru

necesită o discuție separată (pentru mai multe informații, vezi capitolul 6).

Punând în balanță toate aceste aspecte, o menopauză timpurie este asociată într-o măsură mai mare cu un deces timpuriu decât una târzie, deoarece bolile cardiovasculare sunt mult mai frecvente decât cancerul de sân și cel endometrial. Pentru fiecare an în care menopauza întârzie după vârsta de 39 de ani, riscul de deces din cauza bolilor cardiovasculare scade ușor.

Există vreo legătură între vârsta primei menstruații și cea a ultimei menstruații?

Dacă prima menstruație este mai devreme, nu înseamnă că femeia respectivă va intra mai devreme la menopauză – vârsta medie a menopauzei este aceeași, indiferent dacă menstruația începe la 9 sau la 14 ani. Singura excepție este când prima menstruație apare la vârsta de 16 ani sau mai târziu. Atunci vârsta medie a menopauzei este ușor mai târzie – 52 de ani.

Nu te-ai aștepta ca vârsta ultimei menstruații să fie independentă de cea a primei menstruații – la urma urmei, dacă menopauza apare când numărul de foliculi scade sub 1 000, unei fete care a avut prima menstruație la 9 ani nu i s-ar epuiza mai devreme foliculii în comparație cu alta care a avut-o la 12 ani? Se pare că nu numărul ciclurilor este ceea ce contribuie la pierderea

foliculilor; contează numărul de foliculi pierduți la fiecare ciclu. Este important de știut și că, deși atât pubertatea, cât și menopauza sunt legate de menstruație, evenimentele biologice care declanșează pubertatea și fiecare menstruație sunt foarte diferite de cele care au ca rezultat ultima menstruație. De exemplu, numărul de foliculi este foarte important în ceea ce privește ultima menstruație, dar n-are nicio relevanță în privința primei. Gândește-te la fiecare menstruație ca la un furtun care a fost deschis pentru un timp ca să umpli o găleată, iar la ultima menstruație ca la consecința apariției unei mici găuri care a golit-o. Golirea găleții nu este o inversare a procesului folosit pentru a o umple cu apă.

Femeile cu cicluri mai scurte tind să ajungă puțin mai devreme la menopauză. Există ipoteza conform căreia semnalele hormonale care determină un ciclu mai scurt pot avea legătură cu numărul de foliculi pierduți la fiecare ciclu, dar sunt necesare mai multe cercetări în acest domeniu.

Genetica

Genetica este de departe cel mai important factor contributiv – unele studii sugerează că ea controlează vârsta menopauzei în proporție de 30 până la 85%. Este o oscilație mare, dar chiar și 30% reprezintă un procent mare din punct de vedere medical.

Stabilitatea vârstei menopauzei de-a lungul a mii de ani susține și ea ipoteza componentei genetice puternice.

Este important să separăm influența geneticii de mediul familial comun, deoarece mamele și fiicele trăiesc de obicei împreună pentru perioade lungi; astfel, înțelegerea rolului geneticii și al alimentelor sau al unei alte variabile necesită ceva efort. Pentru a răspunde la această întrebare, un grup de cercetători din Marea Britanie a analizat mii de diade sau perechi de mame și fiice și combinații de surori din cadrul aceleiași familii. Gemenele identice erau cele mai susceptibile de a avea vârste similare la menopauză, ceea ce nu este surprinzător, dar era mai probabil ca două surori să aibă o vârstă similară la menopauză decât combinațiile mamă–fiică. Este o constatare fascinantă, deoarece atât surorile, cât și combinațiile mamă–fiică împărtășesc 50% dintre gene. Cercetătorii au conchis că surorile au mai multe șanse de a avea vârste similare la menopauză decât perechile mamă–fiică, datorită impactului geneticii la care se adaugă cel al mediului – în general, surorile petrec mai mult timp în același mediu comun decât o mamă și o fiică.

Rolul jucat de vârsta mamei sau a surorii este mai predictiv la extreme, astfel încât, dacă o mamă trece prin menopauză la vârsta de 45 de ani sau mai devreme, fiica ei are șanse mari de a intra în această etapă la aceeași vârstă timpurie. Același lucru este

valabil și când mama trece prin menopauză la 54 de ani sau mai târziu.

Nu au fost identificate toate genele și variantele lor care condiționează vârsta menopauzei, deși unele sunt cunoscute. De exemplu, o mutație nefastă a genei BRCA, care crește riscul femeii de a face cancer mamar și ovarian, scade vârsta menopauzei naturale.

Fumatul și alte substanțe chimice nocive

După genetică, fumatul are cel mai mare impact asupra menopauzei, scăzând vârsta acesteia cu aproximativ doi ani. De asemenea, fumatul scurtează tranziția spre menopauză. Toxinele din fumul de țigară se acumulează în foliculii ovarieni, provocând leziuni ireversibile, și probabil că există și alte efecte negative asupra fluxului de sânge către ovare și a semnalelor hormonale. Expunerea fătului la fumat de către mamă poate afecta vârsta apariției menopauzei la fiică, deoarece foliculii se dezvoltă în timpul sarcinii. Datele privind expunerea la fumatul pasiv – adică ceea ce poți respira dacă împarți locuința sau spațiul cu fumători – sunt contradictorii, dar expunerea pe termen lung (peste 20 de ani) poate scădea ușor vârsta menopauzei. Acesta a fost un lucru care m-a preocupat întotdeauna, deoarece mama era o fumătoare înrăită când era însărcinată cu mine și ambii mei părinți au

fost fumători înrăiți în cea mai mare parte a perioadei în care am locuit cu ei.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), fumatul are cea mai mare incidență în Europa, unde 19% dintre femeile adulte fumează. Următoarele regiuni cu incidență ridicată sunt America de Nord și Marea Britanie, unde aproximativ 13% dintre femei sunt fumătoare. Incidența scade semnificativ în alte regiuni ale lumii – în estul Mediteranei, 3% dintre femei fumează, iar în sud-estul Asiei și în Africa se ajunge la 2%. Renunțarea la fumat rămâne cea mai bună schimbare pe care o poate face o femeie pentru sănătatea și menopauza ei.

Substanțele chimice care perturbă sistemul endocrin provenite din mediul înconjurător pot afecta hormonii. Unele sunt naturale, cum ar fi lavanda, iar altele sunt produse de om și se găsesc în pesticide, materialele plastice, substanțele chimice industriale și factori poluanți. Nivelurile mai ridicate de perturbatori endocrini produși de om sunt asociate cu o varietate de probleme de sănătate reproductivă, cum ar fi pubertatea precoce, infertilitatea, endometrioza și cancerul de sân. Nivelurile mai ridicate de perturbatori endocrini din compuși chimici sintetici cunoscuți sub numele PFAS (substanțe per- și polifluoroalchilate) sunt legate de o menopauză mai timpurie – cu până la doi ani mai devreme în cazul femeilor cu niveluri ridicate de expunere.

PFAS sunt utilizate în vasele de gătit antiaderente, în hainele impermeabile, în pungile de porumb pentru cuptorul cu microunde și în alte ambalaje pentru alimente și chiar în unele produse cosmetice. Datele au fost mai dificil de clasificat, deoarece femeile au, în general, niveluri mai scăzute ale acestor substanțe chimice decât bărbații. Motivul: menstruația ajută femeile să elimine PFAS, astfel încât cele care trec prin menopauză la vârsta de 45 de ani ar fi de așteptat să aibă niveluri mai ridicate decât femeile a căror ultimă menstruație se produce la vârsta de 52 de ani. Cu toate acestea, acum dispunem de date care măsoară nivelurile înainte și după menopauză, iar nivelurile mai ridicate de PFAS par a fi un factor care contribuie la menopauza mai timpurie.

Acidul perfluorooctanoic (PFOA) și acidul perfluorooctanosulfonic (PFOS) – cele două PFAS legate cel mai puternic de o menopauză mai timpurie – nu se mai produc în Statele Unite. Ele pot fi fabricate în alte țări și, prin urmare, pot fi găsite în unele produse importate. Chiar dacă PFAS în sine, sau produsele care le conțin, nu se mai fabrică în Statele Unite, acestea aproape că nu se degradează niciodată (sunt adesea numite substanțe chimice eterne), astfel încât peste 100 de milioane de americani au PFAS în apa potabilă – o moștenire a deșeurilor ecologice provenite din producție și din produsele de la gropile de gunoi, care se degradează și eliberează PFAS. Aproape

fiecare american are în sânge un nivel de PFAS care poate fi estimat; cu toate acestea, nivelurile au scăzut din 2002, când producția a fost eliminată treptat. În Statele Unite, nu există un standard național de PFAS pentru apa potabilă, așa că oamenii nu știu dacă cea pe care o beau conține sau nu niveluri îngrijorătoare ale acestor substanțe. Nu se cunoaște nici cum ar putea alte substanțe chimice care perturbă sistemul endocrin să afecteze vârsta menopauzei sau tranziția spre menopauză.

Este dificil să evităm perturbatorii endocrini, deoarece aceștia se găsesc în aer, în apă și în sol. Câteva recomandări practice sunt să eviți să introduci alimente ambalate în plastic în cuptorul cu microunde, să nu porți în casă încălțămintea de stradă și să îți speli mâinile la intrarea în casă pentru a limita expunerea la reziduurile acumulate în exterior prin contactul cu factorii poluanți, praful și solul. Fructele și legumele organice au în general mai puține reziduuri de pesticide în comparație cu cele cultivate în mod convențional, ceea ce îi poate atrage pe unii, dar este important de reținut că organic nu înseamnă că nu conține pesticide, deoarece este permisă utilizarea pesticidelor certificate organic. Trecerea la alimentele organice poate fi mai sigură pentru lucrătorii din agricultură care sunt mai puțin expuși la perturbatorii endocrini, având în vedere că aceștia au cea mai mare rată de expunere la pesticide, iar unii dintre ei pot fi expuși în condiții de muncă

nesigure; cu toate acestea, agricultura organică necesită mai multă forță de muncă fizică și, în lipsa reglementărilor, acest lucru ar putea conduce la exploatarea în alte moduri a acestor lucrători esențiali. O discuție completă despre siguranța lucrătorilor din agricultură depășește sfera noastră de interes din această carte.

Canabisul este un produs natural care afectează sistemul endocrin, iar un studiu a sugerat că persoanele care fumează foarte mult au mai puțini foliculi stimulați în timpul tratamentului pentru infertilitate. Acest lucru nu înseamnă că menopauza este afectată de canabis; dar având în vedere că știm că sistemul endocanabinoid (receptorii asupra cărora acționează canabisul) are un rol în reproducere și că alte studii au arătat că este posibil ca această substanță să afecteze hormonii, este plauzibil din punct de vedere biologic să aibă un impact asupra menopauzei și, prin urmare, acest lucru trebuie studiat. Mulți oameni sunt dornici să creadă într-o influență net pozitivă a canabisului asupra fiecărui sistem din organism, dar am fi naivi să presupunem că activarea sistemului endocanabinoid este benefică. Nu știm ce nu știm, iar în acest moment canabisul și menopauza ar trebui să se afle în categoria necunoscutelor.

Starea generală de sănătate și sănătatea reproductivă

Femeile care declară că au o stare de sănătate mai precară sunt predispuse la o menopauză mai timpurie, iar unele afecțiuni medicale – cum ar fi cele autoimune și SIDA – sunt asociate cu menopauza la o vârstă mai mică. Motivele sunt cel mai probabil complexe și pot varia de la o afecțiune medicală la alta, astfel că sunt necesare mai multe cercetări.

Aducerea pe lume a mai multor copii este legată de o menopauză mai târzie, dar acest lucru poate fi din cauza faptului că fertilitatea reflectă sănătatea foliculilor și starea generală de sănătate – deci corelație, nu cauzalitate. Cu alte cuvinte, încercarea activă de a avea mai mulți copii nu va întârzia ultima menstruație. Interesant este faptul că administrarea anticoncepționalelor orale (ACO) este asociată și cu o menopauză mai târzie, probabil pentru că ACO acționează prin suprimarea hormonilor care declanșează recrutarea foliculilor, astfel încât este posibil să întârzie pierderea foliculilor ovarieni care are loc în fiecare lună odată cu ovulația.

Mai mulți cercetători au încercat să găsească răspuns la întrebările privind greutatea și menopauza. În general, se pare că subponderalitatea este asociată cu o menopauză mai timpurie. Nu se știe dacă este vorba despre cauză și efect, adică dacă

o masă adipoasă mai mică are un efect direct asupra îmbătrânirii foliculilor sau dacă femeile subponderale sunt mai susceptibile de a avea o stare de sănătate precară (unele afecțiuni medicale pot determina o greutate sub normal). Nu pare să existe o legătură între supraponderalitate și vârsta menopauzei.

A fost identificată o posibilă legătură între activitatea fizică mai intensă și vârsta mai timpurie a menopauzei, dar această legătură este departe de a fi puternică. Deși exercițiile fizice pot suprima hormonii care declanșează ovulația și unele persoane care fac multă mișcare ar putea fi subponderale – ceea ce înseamnă că există posibile mecanisme biologice la mijloc –, este destul de clar că exercițiile fizice au un beneficiu net pentru sănătate și sunt asociate nu doar cu longevitatea în general, ci și cu o longevitate mai sănătoasă. Pentru mai multe informații cu privire la efectele benefice ale exercițiilor fizice și la menopauză, consultă capitolul 7.

Studiile privind dieta și menopauza sunt greu de digerat. De exemplu, dietele bogate în grăsimi, carbohidrați și fibre și dietele vegetariene au fost toate asociate cu o vârstă mai timpurie a menopauzei, dar la fel au fost și cele cu un aport crescut de legume, leguminoase și carne. Este destul de dificil să studiezi legăturile dintre dietă și menopauză, deoarece necesită să se facă distincția între corelație și cauzalitate și să se țină cont de factorii sociali determinanți

ai sănătății. De asemenea, dietele bogate în fibre și o dietă vegetariană/vegană sunt asociate cu multe rezultate pozitive pentru sănătate, mai ales cu un risc mai mic de apariție a bolilor cardiovasculare. Multe dintre studiile privind dieta nu abordează calitatea ei. Până în prezent, nu există nicio dovadă că o anumită dietă poate proteja ovarele sau poate aduce beneficii pentru sănătatea reproducerii, dincolo de cele ale unei diete sănătoase, în general. Pentru mai multe informații despre ce înseamnă o dietă sănătoasă la menopauză, consultă capitolul 21.

Consumul de alcool este asociat cu o vârstă mai târzie a menopauzei. În aceste studii, consumul de alcool era destul de redus, de obicei un pahar pe zi. Legătura dintre alcool și menopauză nu este înțeleasă, iar asta nu înseamnă că o femeie ar trebui să consume mai mult alcool pentru a încerca să contracareze alți factori care i-ar putea diminua vârsta menopauzei. Zic și eu. Există și alte modalități prin care alcoolul poate influența menopauza, care vor fi abordate în capitolele respective.

Factorii sociali determinanți ai sănătății

Cercetările au stabilit o legătură între lipsa studiilor superioare, a unui loc de muncă, un statut socioeconomic inferior în copilărie și o vârstă mai timpurie a menopauzei. Nu se cunosc cauzele reale și sunt necesare mai

multe cercetări pentru a înțelege motivele biologice. Unele informații sugerează că femeile necăsătorite sunt predispuse la o menopauză mai timpurie, dar există și studii care susțin contrariul. Este dificil să se disocieze căsătoria de stabilitatea economică și de stres. De exemplu, în timpul pandemiei cu COVID-19, soții au fost mai puțin expuși riscului de a se confrunta cu instabilitate economică și de a suferi de foame decât persoanele necăsătorite. În plus, femeile care au mai mulți copii tind să aibă o menopauză mai târzie, iar numărul copiilor poate juca un rol în decizia de a rămâne în căsnicie. Datele studiului SWAN nu arată nicio legătură între vârsta menopauzei și statutul matrimonial în cazul femeilor heterosexuale. Din păcate, nu există date pentru femeile lesbiene.

Unii cercetători au postulat că actul sexual de natură heterosexuală întârzie menopauza. Ipoteza se rezumă la faptul că penisul are puterea de a determina schimbări hormonale care influențează îmbătrânirea ovarelor. Eu nu consider că datele sunt convingătoare. Ipoteza se bazează pe faptul că unele cercetări au constatat că există tendința spre o vârstă mai târzie a menopauzei în cazul femeilor care fac sex heterosexual cel puțin o dată pe lună. Cu toate acestea, femeile care ajung mai târziu la menopauză au mai multe șanse de a putea continua să facă sex, deoarece este mai puțin probabil să aibă relații sexuale dureroase din cauza

schimbărilor provocate de menopauză. Studiul care a susținut această afirmație a controlat nivelurile de estrogen ca indicator al sindromului genito-urinar de menopauză (SGM), dar nivelurile de estrogen nu prezic capacitatea de a se angaja în activități sexuale.

În plus, nu are prea mult sens din punct de vedere evolutiv, având în vedere că rezultatele reproductive sunt în general rare în apropierea vârstei de 50 de ani (de exemplu, vedem un număr mai mare de avorturi spontane, de nașteri de fetuși morți și de decese ale mamelor), astfel încât prelungirea capacității de reproducere cu câteva luni sau chiar cu un an la acest capăt al spectrului de reproducție nu pare deloc avantajoasă. De fapt, pare exact pe dos, deoarece cel mai rău lucru pentru supraviețuirea copiilor mici este moartea mamei lor, iar sarcinile în preajma vârstei de 50 de ani ar crește acest risc. De asemenea, dacă frecvența relațiilor sexuale ar îmbunătăți funcția ovariană, probabil că am vedea îmbunătățiri legate de creșterea numărului de relații sexuale la vârste mai tinere, dar nu este așa.

Intervențiile chirurgicale și menopauza

Histerectomia (îndepărtarea uterului), intervenția chirurgicală ovariană (cum ar fi îndepărtarea chisturilor ovariene) și embolizarea arterelor uterine (o procedură

utilizată pentru tratarea fibroamelor, vezi capitolul 10) sunt asociate cu menopauza timpurie. Acest lucru se întâmplă probabil din cauza impactului intervenției chirurgicale asupra fluxului de sânge către ovare, precum și a inflamației care apare pe măsură ce țesuturile se vindecă. Intervenția chirurgicală pentru îndepărtarea unui chist ovarian are un impact suplimentar. Atunci când un chist este îndepărtat de pe țesutul ovarian normal, se îndepărtează și o parte din ovarul sănătos – și foliculii pe care îi conține.

Legarea trompelor sau îndepărtarea trompelor uterine (salpingectomie) nu afectează vârsta menopauzei, dar cea din urmă reduce riscul de cancer ovarian cu 50%, deoarece multe dintre afecțiunile oncologice de acest tip pornesc din trompele uterine.

Extirparea ovarelor (ovariectomie bilaterală) înainte de vârsta naturală a menopauzei este cunoscută sub numele de menopauză chirurgicală și, în mod evident, aceasta are un impact asupra vârstei la care se oprește menstruația. Menopauza chirurgicală este asociată cu simptome mai grave ale menopauzei, precum și cu un risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare, a osteoporozei și a demenței. Aceste riscuri au cote alarmante atunci când ovarele sunt îndepărtate înainte de vârsta de 45 de ani. În timp ce unele dintre aceste riscuri pot fi diminuate cu ajutorul tratamentului hormonal al menopauzei (THM), nu toate femeile doresc să ia hormoni și nu este clar

dacă aceștia pot compensa complet riscurile. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a recomandat încă din 2008 să nu se efectueze extirparea ovarelor la întâmplare – adică fără niciun motiv medical – înainte de menopauză.

Însă cum rămâne cu îndepărtarea ovarelor după menopauză? Cantitățile mici de hormoni produse pot fi importante, deoarece îndepărtarea ovarelor între menopauză și vârsta de 65 de ani crește riscul de deces – în primul rând din cauza creșterii riscului de atac de cord și de osteoporoză. Riscul crescut nu este mare – într-un studiu, îndepărtarea chirurgicală a ovarelor între vârsta de 50 și 54 de ani a condus la o crestere de 9% a riscului de deces înainte de vârsta de 80 de ani, dar faptul că există totuși acest risc crescut sugerează că micile cantități de hormoni produse în ovare la postmenopauză joacă un anumit rol. Studiile ne spun, de asemenea, că îndepărtarea ovarelor după menopauză poate avea un impact negativ asupra funcționării sexuale.

Pentru femeile cu cancer ovarian, cu o tumoră ovariană suspectă de cancer și pentru cele cu mutații genetice care le cresc riscul de cancer ovarian, riscurile asociate menopauzei chirurgicale se justifică. Fără operație, majoritatea tipurilor de cancer ovarian sunt fatale. Femeile cu mutația BRCA1 au un risc de cancer ovarian de aproximativ 40%, iar cele cu mutația BRCA2, de 17%. Prin comparație, riscul de cancer

ovarian în populația generală este de 1%. Testarea pentru mutațiile BRCA este recomandată doar femeilor care prezintă factori de risc specifici, cum ar fi femeile cu un istoric familial de cancer mamar și ovarian sau cele cu un risc moderat care sunt evreice de rit așkenaz sau care provin din estul Europei. Înainte de a face un astfel de test, femeile ar trebui să discute cu un consultant în genetică.

Ce se întâmplă cu femeile care urmează să facă o histerectomie și care nu au semne sau antecedente familiale de cancer ovarian? Având în vedere că acest tip de cancer este greu de diagnosticat la timp, merită să ne luăm libertăți în ceea ce privește îndepărtarea ovarelor pentru a preveni cancerul ovarian sau necesitatea unei alte intervenții chirurgicale în viitor, ca un fel de poliță de asigurare? Îți poți imagina o lume în care bărbații care au nevoie de o intervenție chirurgicală la testicule din motive necanceroase ar fi sfătuiți să accepte să li se extirpe testiculele pentru prevenirea altor intervenții chirurgicale ulterioare? Totul sună diferit când transpui astfel de lucruri la bărbați.

Cancerul ovarian este înfricoșător. Este o boală oribilă – operația și chimioterapia sunt dure. Nu există un test eficient de depistare în fază incipientă, simptomele într-o astfel de fază sunt vagi, iar femeile care le au sunt frecvent ignorate, așa că este adevărat că rareori depistăm boala înainte ca ea să se răspândească. Media de supraviețuire de

cinci ani este puțin sub 50%, așa că teama de cancerul ovarian este complet explicabilă. Este important să nu lăsăm această teamă să ne distragă atenția de la complicațiile pe care le-am putea provoca prin îndepărtarea inutilă a ovarelor.

La fel ca majoritatea ginecologilor, am văzut multe femei murind din cauza cancerului ovarian, dar ceea ce nu văd sunt cazurile în care pacientele mele mor din cauza bolilor cardiovasculare sau a osteoporozei și nici nu le observ declinul cognitiv – colegii mei de la cardiologie, chirurgie ortopedică și neurologie tratează aceste cazuri. Așadar, eu și colegii mei ginecologi avem o teamă disproporționată și părtinitoare de cancerele ovariene.

Impactul vedetelor în acest caz – atât asupra medicilor, cât și a pacienților – este și el posibil. Actrița de comedie Gilda Radner a murit în 1989, la vârsta de 42 de ani, de cancer ovarian, iar decesul ei a fost mediatizat pe scară largă și încă se mai vorbește despre ea și astăzi. Ceea ce se omite adesea este faptul că ea a avut simptome luni în șir, dar medicii nu au luat niciodată în considerare cancerul ovarian. În plus, ea prezenta un risc mai mare decât media din cauza antecedentelor sale familiale. Povestea Gildei Radner este o tragedie, dar nu se aplică unei femei cu un risc mediu de cancer ovarian.

Aproximativ 15 000 de femei mor în fiecare an în Statele Unite din cauza cancerului ovarian și 300 000 din cauza

bolilor de inimă, astfel încât o femeie care are un risc mediu de boli cardiovasculare și de cancer ovarian este mai predispusă la un deces din cauza bolilor de inimă decât din cauza cancerului ovarian, iar extirparea ovarelor înainte de vârsta de 51 de ani nu face decât să îi crească și mai mult riscul.

Există un risc de aproximativ 5% ca după o histerectomie să fie nevoie de o altă intervenție chirurgicală pentru îndepărtarea ovarelor la o dată ulterioară. În anumite situații, riscul de a avea nevoie de o altă intervenție chirurgicală poate fi mai mare, de exemplu, în cazul endometriozei, o afecțiune în care un țesut similar cu mucoasa uterului crește în cavitatea pelviană, ceea ce duce la dureri și chisturi recurente pe ovare. O femeie cu endometrioză severă care a suportat mai multe intervenții chirurgicale anterioare și-ar putea dori cu disperare evitarea altor operații în viitor, dar aceasta este o situație în care este necesară o discuție aprofundată despre riscuri și beneficii și ar trebui să se ia de comun acord o decizie privind păstrarea sau extirparea ovarelor.

Este clar că americancele au primit de-a lungul timpului consiliere diferită cu privire la extirparea ovarelor în comparație cu femeile din alte țări. La începutul anilor 2000, 54% dintre americancele aflate la premenopauză care suferiseră o histerectomie din motive necanceroase și-au extirpat ovarele, față de 30% dintre australience și 12% dintre nemțoaice. Acest lucru este atroce și

inacceptabil. Femeile din Australia și Germania au o speranță de viață mai mare decât americancele, așa că pare evident că păstrarea ovarelor nu le împiedică să trăiască mai mult. De fapt, mai mult ca sigur că le ajută.

Dar mai rău este că în SUA cifrele menopauzei chirurgicale sunt mai mari în cazul femeilor afro-americane și singura explicație este rasismul – fie că unii medici nu se obosesc să le explice femeilor despre operații, fie că există percepții greșite cu privire la vârsta menopauzei la femeile afro-americane, fie că există factori socioeconomici care le determină pe femeile afro-americane să primească îngrijiri de la medici care acordă mai puțină atenție medicinei bazate pe dovezi, fie că pur și simplu le pasă mai puțin de viața persoanelor de culoare.

Există probabil mulți factori care au contribuit la această epidemie americană de ovariectomie la momentul histerectomiei, inclusiv practici învechite, o atitudine patriarhală de tipul „doctorii știu cel mai bine“, o abordare neserioasă, prin care se presupune că THM rezolvă totul: rasismul și teama de litigii în ceea ce privește cazurile de cancer ovarian neobservate.

Se pare că în sfârșit se adoptă unele linii directoare, așa că sperăm că vom asista la o reducere a numărului acestor intervenții chirurgicale. La un moment dat, probabil că banii au jucat un anumit rol, dar obstetricienii și ginecologii sunt plătiți foarte

prost în comparație cu alte specializări chirurgicale (la urma urmei, operăm doar femei).

În Statele Unite ale Americii și în Canada, se pare că cei mai mulți bani pe care un chirurg îi poate câștiga din facturarea către o companie de asigurări americană sau către sistemul de sănătate provincial din Canada pentru extirparea ovarelor în momentul histerectomiei sunt 200 de dolari în plus, dar de multe ori nu există nicio diferență de plată între o histerectomie cu extirparea ovarelor și una fără. Mulți medici americani sunt salariați, iar pentru ei nu există niciun stimulent financiar pentru extirparea ovarelor.

Menopauza medicală

Unele femei se confruntă cu un debut brusc al menopauzei din cauza unor medicamente care reduc drastic nivelul de estrogen. Cele trei tipuri de medicamente care au acest efect sunt:

- **INHIBITORII DE AROMATAZĂ** blochează enzima aromatază care transformă androstendionul și testosteronul în estronă și estradiol (vezi capitolul 3), astfel încât opresc producția de estrogen în toate țesuturile, nu doar în foliculi. Simptomele menopauzei pot fi severe, deoarece nu mai există producție

locală de estradiol sau estronă în țesuturi precum creierul și mușchii. Femeile care iau inhibitori de aromatază pot avea dureri în tot corpul și de oase. Inhibitorii sunt utilizați în principal în cazul femeilor cu cancer de sân sensibil la hormoni.

- **TAMOXIFENUL** este un modulator selectiv al receptorilor de estrogen (MSRE). El se leagă de receptorii de estrogen, blocându-i acestuia calea. La nivelul sânului, acest lucru împiedică estrogenul să stimuleze celulele canceroase. Cu toate acestea, în unele țesuturi, MSRE pot acționa ca estrogenul – de unde și termenul „selectiv“. Din acest motiv, simptomele menopauzei pot fi uneori mai puțin intense în cazul Tamoxifenului, în comparație cu alte medicamente, deoarece efectul de blocare a estrogenilor variază de la un țesut la altul. Tamoxifenul poate acționa la fel ca estrogenul asupra uterului, crescând astfel riscul de cancer endometrial (cancer al mucoasei uterine) și orice sângerare anormală din timpul tratamentului cu acest medicament trebuie evaluată.

- **AGONIȘTI GNRH** sunt agoniștii hormonului de eliberare a gonadotropinei, care împiedică secreția hormonului de stimulare foliculară de către creier, oprind ovulația și producția celei mai mari părți a estradiolului din organism. Aceste medicamente sunt utilizate de femeile cu cancer de sân sensibil la hormoni și de cele cu fibroame – tumori benigne ale uterului – și endometrioză – două afecțiuni ginecologice influențate de estrogeni. Producția de estrogen în alte țesuturi, cum ar fi creierul și mușchii, nu este afectată.

Când sunt luate înainte de menopauza naturală, aceste medicamente produc aceleași simptome ale menopauzei, precum și creșterea riscului apariției afecțiunilor asociate ei, astfel încât femeile trebuie să fie vigilente în ceea ce privește depistarea bolilor cardiovasculare și a osteoporozei. Practic, aceste efecte sunt reversibile dacă medicația este întreruptă, deci nu este o menopauză adevărată, dar pentru multe femei oprirea medicației s-ar putea să nu fie posibilă din cauza riscului de reapariție a cancerului. Atunci când sunt prescriși după menopauză, inhibitorii de aromatază și Tamoxifenul pot agrava uneori simptomele menopauzei. Agoniștii GnRH nu vor avea

niciun efect după menopauză, deoarece nu mai există foliculi care să poată ovula.

Atunci când agoniștii GnRH sunt prescriși pentru fibroame sau endometrioză înainte de menopauză, se poate utiliza o cantitate mică de estrogen sub formă de THM pentru a reduce simptomele și a atenua riscurile pentru inimă și oase, dar această opțiune nu este posibilă în cazul femeilor care iau aceste medicamente pentru un cancer mamar sensibil la hormoni. Există terapii non-hormonale care pot fi luate în considerare și care vor fi discutate pe parcursul cărții. Prevenirea complicațiilor cauzate de aceste medicamente și reducerea efectelor secundare ale menopauzei reprezintă o componentă importantă a supraviețuirii în fața cancerului.

DE REȚINUT

- Momentul ultimei menstruații (UM) depinde de o interacțiune complexă între factorii genetici, cei de mediu și cei sociali, care se întrepătrund într-un mod greu de disociat.
- Menopauza între 40 și 45 de ani este asociată cu un risc crescut de apariție a unor afecțiuni medicale, cum ar fi bolile cardiovasculare și osteoporoza, precum și cu un risc crescut de deces.
- Vârsta la care una dintre surorile noastre ajunge la menopauză este mai relevantă pentru vârsta la care vom ajunge noi la menopauză decât vârsta la care a ajuns mama.
- Fumatul reduce în medie cu doi ani vârsta la care ajungem la menopauză.

- Extirparea chirurgicală a ovarelor înaintea vârstei de 65 de ani este asociată cu un risc mare al mortalității - cu cât vârsta e mai mică, cu atât riscul e mai mare.

CAPITOLUL 6

Când menstruația și ovulația se opresc înainte de 40 de ani

De ce se întâmplă acest lucru și recomandările de îngrijire medicală

Insuficiența ovariană primară sau IOP este termenul folosit atunci când menstruația încetează înainte de vârsta de 40 de ani. La un moment dat, într-un trecut nu foarte îndepărtat, această afecțiune se numea deficiență ovariană prematură sau menopauză prematură, dar denumirea a fost schimbată din mai multe motive. Menopauza nu este un termen adecvat, deoarece este permanentă, pe când aproape jumătate dintre femeile cu IOP se pot aștepta la o oarecare revenire a funcției ovariene (ceea ce înseamnă că pot ovula din nou, deși sporadic, și pot avea cicluri menstruale ocazionale). În cazul menopauzei, sarcina este imposibilă, dar nu și în cazul IOP – unele studii indică sarcini în proporție de 5 până la 10%. Iar cuvântul „deficiență“ este peiorativ.

Să dedic un capitol unei afecțiuni care afectează 1% dintre femei poate părea o decizie ciudată, dar din păcate și în mod impardonabil, multe femei cu IOP nu

beneficiază de îngrijirea medicală adecvată – doar aproximativ jumătate dintre ele primesc tratamentul hormonal recomandat. Unora li se spulberă îngrijorările legate de absența menstruației sau de bufeuri, spunându-li-se în mod eronat că nu este posibil să fie la menopauză la o vârstă atât de fragedă. Alte femei primesc diagnosticul corect, dar dacă nu sunt interesate de reproducerea asistată (tratamentul pentru îmbunătățirea fertilității), nu li se oferă tratamentul adecvat pentru IOP. Accentul pus pe fertilitate, în timp ce se ignoră riscul crescut de deces asociat cu IOP, este o consecință a faptului că medicii și societatea privesc sănătatea femeilor în termeni de funcție reproductivă, nu de funcție ovariană. Unora dintre femei li se oferă tratament, dar ele îl refuză deoarece importanța estrogenului nu este niciodată subliniată – am văzut personal această situație de mai multe ori la paciente care mi-au fost trimise din alte motive. Odată ce le explic ce oferă tratamentul hormonal al menopauzei, acestea sunt foarte interesate de el.

IOP are importanță și dincolo de fertilitate, deoarece mărește riscul de deces al femeii din cauza creșterii frecvenței bolilor cardiovasculare (în principal atac de cord și accident vascular cerebral) și a osteoporozei. De asemenea, este asociată cu un declin al funcției cognitive, iar femeile diagnosticate cu IOP sunt mai predispuse să sufere de anxietate și depresie și să se lupte

cu tulburări ale stimei de sine. Pot apărea simptome supărătoare, precum bufeurile, transpirațiile nocturne, insomnia și uscăciunea vaginală, dar nu cu aceeași frecvență ca în cazul tranziției spre menopauză. IOP este, de asemenea, o cauză a infertilității, pe care multe femei o consideră devastatoare.

Oricare ar fi motivul, femeile cu IOP trebuie, din păcate, să își susțină cu tărie cauza, așa că, dacă acest capitol ajută chiar și o singură femeie, efortul a meritat.

Extirparea chirurgicală a ambelor ovare înainte de vârsta de 40 de ani este adesea inclusă în categoria IOP, chiar dacă este clar că nu este reversibilă.

Desi tratamentele recomandate sunt aceleași pentru IOP, există câteva distincții importante – nu este necesară nicio testare, deoarece nu există o dilemă legată de diagnostic sau necesitatea de a stabili de ce au avut loc schimbările hormonale.

Ce cauzează IOP?

În aproximativ 90% dintre cazuri nu se identifică o cauză clară pentru IOP, ceea ce este frustrant. Este important ca femeile să știe acest lucru atunci când încep testele, astfel încât să fie pregătite pentru posibilitatea de a nu găsi un răspuns precis. În această situație, se spune că diagnosticul de IOP este idiopatic (jargon medical pentru

„necunoscut“). Afecțiunile medicale sau factorii care cresc riscul de IOP includ:

- **FACTORII GENETICI.** La aproximativ 10% dintre femeile cu IOP se identifică o cauză genetică, cel mai frecvent o anomalie care implică cromozomul X. Pentru unele femei, diag-nosticul este dat de o singură genă – gena FMR1 (retard mental fragil X 1) – pe cromozomul X. Femeile cu anomalii la nivelul genei FMR1 au și un risc crescut de ataxie, afecțiune neurologică (o problemă de echilibru), iar membrii de sex masculin ai familiei care au în comun această genă pot avea sindromul X fragil, o afecțiune care implică dizabilitate mintală și autism.

- **BOLILE AUTOIMUNE.** Acesta este un grup de afecțiuni diverse, în care sistemul imunitar atacă celulele propriului organism. Există mai mult de 80 și acestea includ hipotiroidismul, diabetul de tip 1, artrita reumatoidă și lupusul eritematos sistemic. IOP ar putea fi o boală autoimună unică și, astfel, motivul pentru care este asociată cu alte boli autoimune este că dacă ai una dintre ele crește riscul de a avea și alta. Sau este posibil ca IOP să fie o

consecință a unei alte boli autoimune ori un semn timpuriu al unei tulburări rare și potențial fatale a glandei suprarenale, numită insuficiență suprarenală autoimună.

- **TRATAREA CANCERULUI.** Anumite tipuri de radiații și de chimioterapie sunt toxice pentru foliculii primordiali din ovar. Atunci când se întâmplă acest lucru, de obicei nu este o surpriză – din fericire, majoritatea femeilor sunt informate în prealabil despre acest risc. Dar chiar și așa, multor femei nu li se oferă tratamentul adecvat. Pentru unele femei, ar putea exista modalități de protejare a funcției ovariene.

- **INTERVENȚIILE CHIRURGICALE.** Histerectomia, operațiile pe ovare și o procedură numită embolizarea fibroamelor uterine (un tratament împotriva fibroamelor) sunt asociate cu IOP.

- **SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE (SOP)** este o afecțiune cu tulburări de ovulație. Cele mai multe studii leagă SOP de o vârstă mai târzie a menopauzei; totuși, un studiu de mare amploare indică faptul că riscul de apariție a IOP poate fi de

3 până la 4%. Sunt necesare mai multe studii în acest sens.

- **INFECȚIILE.** Până la 13% dintre femeile infectate cu HIV vor suferi de IOP. Motivele exacte nu se cunosc. Poate fi vorba de infecția în sine, de medicamente, de alte afecțiuni medicale asociate cu HIV, de un risc crescut de factori sociali determinanți pentru sănătate legați de vârsta precoce a menopauzei sau de numărul mai mare de histerectomii și de alte intervenții chirurgicale ginecologice. Oreionul, o infecție pe care o fac copiii, poate provoca IOP din cauza inflamației ovarului, dar acest lucru se întâmplă rar.

Vaccinarea împotriva papilomavirusului uman (HPV) *nu* cauzează IOP.

Când și cum să faci testul pentru depistarea IOP

IOP trebuie suspectată atunci când o femeie mai tânără de 40 de ani nu a avut trei sau patru menstruații la rând, mai ales dacă are alte simptome precum bufeurile sau uscăciunea vaginală ori dacă are factori de risc pentru această afecțiune. În cazul femeilor care nu mai au menstruație, fie din cauza unei histerectomii, fie a unei ablații endometriale (o procedură prin care se

îndepărtează mucoasa uterină și care este utilizată pentru tratarea menstruațiilor abundente), se suspectează IOP când există simptome asociate în mod obișnuit cu tranziția spre menopauză.

Multe femei pot avea trei sau patru menstruații absente din cauza altor afecțiuni medicale diferite de IOP, astfel încât evaluarea inițială înseamnă testarea de depistare a IOP și căutarea altor explicații pentru lipsa menstruației, cum ar fi anomaliile tiroidiene, pierderea în greutate, sindromul ovarelor polichistice (SOP) și sarcina. În plus, este important de reținut că simptomele similare cu IOP și tranziția spre menopauză pot fi cauzate și de alți factori. De exemplu, medicamentele antidepresive pot provoca transpirație excesivă, iar o infecție vaginală micotică poate cauza uscăciune.

Testul inițial de depistare a IOP constă în verificarea nivelului hormonului de stimulare foliculară (HSF) din sânge (hormonul care stimulează foliculii, vezi capitolul 3) și al nivelului hormonului luteinizant (HL este, de asemenea, implicat în ovulație), al prolactinei (un hormon produs de glanda pituitară), al estradiolului și HST (hormonul de stimulare tiroidiană), precum și un test de sarcină pentru orice femeie potențial gravidă. IOP trebuie luată în considerare dacă nivelul FSH este ridicat, de obicei >25 UI/ml. Toate celelalte cauze ale lipsei menstruației vor avea un nivel mai scăzut de FSH. Nivelul de estradiol va fi scăzut în cazul

IOP (<25 pg/mL, dar poate fi scăzut și în alte cauze care provoacă absența menstruației care nu sunt legate de IOP, astfel încât, de unul singur, nu reprezintă un diagnostic de IOP). Un nivel FSH ridicat combinat cu un nivel scăzut de estradiol este îngrijorător pentru IOP.

Dacă nivelul FSH este ridicat, testul trebuie repetat nu mai devreme de patru săptămâni. Dacă nivelul FSH este >25 UI/ml la al doilea test, diagnosticul de IOP este confirmat. În acest caz sunt indicate mai multe teste:

- **TESTAREA PENTRU DIABET**, având în vedere asocierea IOP cu afecțiunile autoimune.
- **TESTAREA HIV.** IOP este mai frecventă în rândul femeilor infectate cu HIV.
- **ANTICORPII SUPRARENALI.** Un test de sânge care depistează insuficiența adrenală autoimună, asociată cu IOP.
- **NIVELURILE DE CALCIU ȘI FOSFOR.** Test de sânge care depistează hipoparatiroidismul, o afecțiune asociată cu IOP.
- **ECOGRAFIA OVARELOR** pentru a identifica orice chist ovarian. În unele cazuri de IOP, ovarele pot fi mărite și pot prezenta chisturi, dar există și riscul ca ele să se răsucească, afectând fluxul

sanguin și conducând la complicații potențial grave (acest lucru se numește torsiune ovariană).

- **STABILIREA DENSITĂȚII MINERALE OSOASE.** O investigație imagistică pentru diagnosticarea osteoporozei, deoarece femeile cu IOP prezintă un risc mai mare pentru această afecțiune (vezi capitolul 11). Este recomandată o osteodensitometrie inițială, iar apoi repetarea investigației la fiecare cinci ani.

- **TESTAREA PENTRU BOLI GENETICE ASOCIATE CU IOP.** Este cea mai importantă pentru femeile care speră să rămână însărcinate, iar cele care pur și simplu doresc să afle mai multe despre motivul pentru care au IOP pot considera util acest test. Un consilier genetician este de neprețuit în acest caz, deoarece decizia privind cele mai bune teste și interpretarea rezultatelor poate fi complexă. Testele genetice de bază includ un cariotip (analizează numărul și structura tuturor cromozomilor) și testarea genei FMR1.

Tratamentul IOP

Riscul apariției bolilor cardiovasculare crește odată cu durata în care o femeie are IOP, iar studiile au arătat că estrogenul poate atenua aproape complet acest risc și, de asemenea, contribuie la prevenirea osteoporozei. Există două modalități prin care femeile cu IOP își pot înlocui estrogenul – cu ajutorul tratamentului hormonal standard pentru menopauză sau THM (vezi capitolul 18) sau al anticoncepționalelor care conțin estrogen (vezi capitolul 23).

Metodele contraceptive care conțin estrogeni includ anticoncepționalele, plasturele și inelul. Principalul motiv pentru a utiliza una dintre aceste metode este nevoia de contracepție și costul – anticoncepționalele generice pot fi mai puțin costisitoare decât unele THM. Unele femei mai tinere cu IOP pot prefera un anticoncepțional oral care conține estrogen, deoarece pot fi deranjate de asocierea THM cu menopauza. Metodele contraceptive care conțin estrogeni au trei săptămâni de medicație activă și o săptămână de placebo. Recomandarea pentru femeile cu IOP este să sară peste săptămâna cu placebo și să ia medicamentul activ în mod continuu, deoarece unele dintre ele pot avea bufeuri în timpul unei săptămâni fără hormoni, pentru că nivelurile scad rapid. În plus, utilizarea estrogenului doar trei săptămâni din patru înseamnă că în 25% din timp nu există

suficient estrogen pentru a proteja inima și oasele, astfel că administrarea continuă a medicamentelor rezolvă această problemă. Femeile cu risc ridicat de formare a cheagurilor de sânge nu ar trebui să folosească aceste anticoncepționale, iar THM tradițional poate fi cea mai bună opțiune pentru ele.

În cazul în care o femeie alege THM, este indicată de obicei o doză mai mare decât cea recomandată în mod normal pentru menopauză, pentru a se apropia de producția medie de estrogeni a ovarelor la 30 de ani și la începutul vârstei de 40 de ani. Femeile cu uter vor trebui să ia progestogen (un medicament cu progesteron sau un medicament asemănător cu progesteronul; vezi capitolul 17), deoarece estrogenul administrat de unul singur poate cauza cancer endometrial (cancerul mucoasei uterine). Ele nu trebuie să se bazeze pe THM pentru contracepție. O opțiune pentru femeile care doresc să utilizeze THM, dar care pot rămâne gravide, este dispozitivul intrauterin (DIU; vezi capitolul 23) care va proteja uterul, asigurând în același timp și contracepția.

Recomandarea actuală este de a lua estrogeni până la vârsta de 50–52 de ani, vârsta medie a menopauzei naturale. Dacă THM ar trebui să fie continuat după aceea depinde de simptome și de factorii de risc pentru afecțiunile medicale asociate menopauzei.

Femeile cu risc ridicat de cancer mamar vor avea nevoie de un consult personal despre opțiunile pe care le au. Femeile cu IOP care speră să rămână însărcinate trebuie să fie îndrumate către un specialist în infertilitate.

DE REȚINUT

- Insuficiența ovariană primară sau IOP este o afecțiune în care ovulația se oprește înainte de vârsta de 40 de ani și afectează 1% dintre femei.
- Unele femei cu IOP pot ovula în continuare sporadic și un mic procent vor rămâne însărcinate.
- IOP poate fi de natură genetică, legată de boli autoimune sau de alte afecțiuni medicale, cauzată de un tratament anterior împotriva cancerului sau de o intervenție chirurgicală la uter sau ovare, dar adesea nu se identifică nicio cauză.
- IOP este diagnosticată printr-un nivel ridicat al hormonului FSH măsurat la diferență de cel puțin patru săptămâni.
- Femeilor cu IOP trebuie să li se administreze un tratament cu estrogeni cel puțin până la vârsta medie a menopauzei pentru a reduce riscul apariției bolilor cardiovasculare și a osteoporozei.

PARTEA A DOUA

Înțelegerea schimbării

La ce să te aștepți când urmează menopauza

CAPITOLUL 7

Metamorfozele menopauzei

Modificări ale forței, taliei și formei

Multe femei își încep tranziția spre menopauză cu un corp și ajung la capătul cursei cu unul care pare foarte diferit. Această metamorfoză are loc deoarece forța, talia și forma sunt afectate atât de menopauză, cât și de înaintarea în vârstă. Există deja multe experiențe fizice nedorite la menopauză, cum ar fi sângerările aleatorii și bufeurile, așa că, pe lângă toate acestea, o schimbare fizică te poate face să te simți copleșită sau dezorientată. Uneori, organismul tău poate părea o mașină cu o lumină de avertizare nouă și complet diferită care se aprinde în fiecare zi. Un exercițiu nedorit de tipul „Of, și acum ce mai e?“.

Discuțiile despre corpul femeilor sunt dificile. Până în momentul în care se află în tranziția spre menopauză, femeia a asimilat probabil toată viața o mulțime de mesaje toxice despre talia și forma pe care le are. Ba că este prea grasă, ba prea slabă, ba prea mare, ba prea mică. Uneori, pare că a fi femeie înseamnă să-ți ceri scuze în permanență pentru corpul tău. Pe măsură ce corpul femeilor se schimbă atât odată cu vârsta, cât și cu menopauza, acesta se poate îndepărta și mai mult de idealul imposibil stabilit pentru ele de către o societate patriarhală. Puținele femei care își arată corpul la 40 de ani și (of!) după această vârstă sunt lăudate ca sfidând vârsta dacă sunt slabe si arată mult mai tinere și sunt etichetate ca fiind curajoase dacă au îmbătrânit vizibil sau au un colăcel, dar sunt încă dispuse să se expună în public. Cele mai multe femei aflate la menopauză nu primesc nici măcar șansa unei probe de calificare la „Campionatul Mondial de *Scuze, nu sunt suficient de sexy*".

Mă fascinează faptul că nu avem o părere proastă despre noi înșine pentru că nu putem juca fotbal ca Megan Rapinoe sau pentru că nu suntem la fel de elastice ca gimnasta Simone Biles, care sfidează gravitația. Bănuiesc că multe femei sunt ca mine și se minunează de ceea ce au realizat ele cu multă muncă și, probabil, cu ajutorul genelor. Și totuși, dacă trupul nostru nu arată ca al lui Jennifer Lopez la 50 de ani – care, de asemenea, arată atât de bine datorită

eforturilor intense și geneticii –, ne simțim judecate de societate.

Multe suntem aspre cu noi însene din cauza culturii toxice actuale în privința corpului și a frumuseții. Este demn de remarcat faptul că multe dintre idealurile noastre de frumusețe au la bază arta occidentală și, fie că a fost vorba de o sculptură din Grecia antică, fie de o pictură din Renaștere, corpul femeii a fost aproape întotdeauna reprezentat de artiști bărbați pentru un public masculin. Forma și dimensiunea corpului „ideal" al femeii au fost de-a lungul timpului la cheremul convingerilor sociale și al moravurilor sexuale. Au existat multe perioade recurente în care idealul de frumusete feminină era un trup mai voluptuos sau unul mai suplu. Obsesia modernă pentru suplețe și conspiratoarea ei, batjocorirea corpolenței, persistă de la începutul secolului al XIX-lea, când o combinație de convingeri victoriene și idealuri religioase a legat ceea ce se considerau a fi excese ale trupului de hedonism și inadecvare sexuală. Rasismul este și un factor semnificativ, deoarece cercetătorii rasiști au avansat minciuna conform căreia persoanele de culoare sunt predispuse la excese alimentare și sexuale. Oricui este interesat să afle mai multe despre rolul rasismului și al religiei în fobia față de corpolență îi recomand cartea *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia* a dr. Sabrina Strings.

Multor femei nu li s-au recunoscut problemele de sănătate pentru că erau supraponderale. Acest lucru nu numai că este o cruzime, dar conduce și la o îngrijire medicală de calitate inferioară și inadecvată și la o lipsă de încredere în sistemul de sănătate, ceea ce le îndepărtează pe femei de serviciile medicale.

Aici nu există judecăți de valoare – orice corp este valoros și frumos. Scopul este de a oferi informații pentru înțelegerea modului în care un corp se poate schimba în timpul menopauzei și după, a implicațiilor asupra sănătății și a modalităților de atenuare a acestor schimbări.

Forța

Una dintre schimbările fizice care marchează îmbătrânirea este pierderea de masă musculară, care apare cu o rată de aproximativ 0,7% pe an începând cu vârsta de 30 sau 40 de ani (poate varia de la persoană la persoană). Acest lucru se accelerează în timpul tranziției spre menopauză, apoi se stabilizează din nou la pierderea legată de vârstă, după menopauză. Există unele date care sugerează că estrogenul din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate contribui la încetinirea pierderii de masă musculară asociată cu menopauza, dar acest lucru nu a fost dovedit și nu este în prezent un motiv pentru a începe THM.

Această pierdere progresivă de masă musculară este responsabilă de ceea ce mulți numesc încetinirea metabolismului odată cu vârsta. Mușchii sunt printre cei mai importanți consumatori de energie, astfel încât raportul dintre caloriile consumate și cele arse se dezechilibrează atunci când masa musculară scade dacă se consumă aceeași cantitate de calorii. Pierderea de masă musculară este, de asemenea, asociată cu rezistența la insulină, o afecțiune în care organismul nu reacționează în mod corespunzător la acest hormon. Acest lucru face ca organismul să producă mai multă insulină pentru a compensa, sporind apetitul și conducând la creșterea în greutate. Combinația dintre rezistența la insulină și creșterea în greutate ca urmare a pierderii de masă musculară este unul dintre motivele pentru care menopauza crește riscul de diabet de tip 2.

Mușchii ne dau forță și sunt responsabili de capacitatea de mișcare. Ei contribuie la menținerea echilibrului și întăresc oasele – astfel, o altă consecință a pierderii de masă musculară este creșterea riscului de căderi și de a face osteoporoză, sporind posibilitatea fracturilor și a altor leziuni. Când se pierde suficient de multă masă musculară încât să existe preocupări legate de sănătate, cum ar fi limitarea mișcărilor, diagnosticul este sarcopenie. Femeile fac sarcopenie mai devreme decât bărbații și adesea suferă mai mult, deoarece ele pornesc, în general, de la o masă musculară

mai mică, pierd în mod accelerat țesut muscular în timpul tranziției spre menopauză și trăiesc mai mult decât bărbații, astfel încât au mai mulți ani în care pot pierde din masa musculară.

Cel mai bun mod de a încetini declinul masei musculare și chiar de a inversa o parte din pierdere este prin activitate fizică. Exercițiul fizic este unul dintre principalii factori care declanșează refacerea sau înlocuirea celulelor musculare. Nu poate preveni pierderea de masă musculară legată de vârstă – chiar și sportivii de elită pierd din ea cu timpul –, dar exercițiile fizice au rol de protecție. Cei care au mai multă masă musculară la 30 de ani pornesc de la un nivel mai ridicat, iar cei care continuă să facă exerciții fizice prezintă un declin mai lent.

Activitatea fizică nu se limitează doar la conservarea masei musculare, ci este legată de o multitudine de alte rezultate pozitive pentru sănătate, cum ar fi șanse mai mici de a face boli cardiovasculare și accidente vasculare cerebrale, diabet de tip 2, îmbunătățirea controlului glicemiei la persoanele cu diabet, diminuarea riscului multor tipuri de cancer și al demenței, și are numeroase beneficii pentru sistemul imunitar. Este greu să găsim o parte a corpului care să nu beneficieze de pe urma exercițiilor fizice. Dacă exercițiul fizic ar fi un medicament, fiecare medic l-ar prescrie și aproape fiecare pacient și l-ar dori. După

renunțarea la fumat, exercițiul fizic este cea mai bună decizie pentru sănătate.

Gândește-te din nou la ipoteza bunicii discutată în capitolul 4. De-a lungul timpului, bunicile au fost de ajutor, deoarece erau active din punct de vedere fizic, culegând hrană și contribuind la îngrijirea nepoților. Un studiu asupra femeilor hadza aflate în postmenopauză a arătat că acestea petreceau aproape 37 de ore pe săptămână căutând hrană (exerciții fizice moderate, conform Organizației Mondiale a Sănătății sau OMS), astfel încât să fie active fizic nu numai că le permitea să fie de ajutor în familie, ci le ajuta și să rămână sănătoase pentru a putea continua să facă acest lucru. Gândește-te la imaginile pe care societatea le prezintă adesea despre femei pe măsură ce îmbătrânesc: fragile, delicate, stând pe margine și aplaudând. Cu toate acestea, omenirea a depins mult timp de bunicile active și în formă din punct de vedere fizic.

Vestea bună în ceea ce privește exercițiile fizice este că niciodată nu e prea târziu pentru a culege roadele. Într-un studiu, un grup de adulți cu vârste cuprinse între 65 și 80 de ani erau cu 59% mai firavi decât tinerii cu vârste cuprinse între 20 și 30 de ani din grupul de control, ceea ce îți dă o idee despre semnificația diferenței de forță legată de vârstă. După șase luni de antrenament de forță, vârstnicii au reușit să reducă semnificativ decalajul și erau cu doar 38% mai firavi decât adulții mai tineri. Chiar și exercițiile fizice la persoanele în vârstă de

80 și 90 de ani pot contribui la dezvoltarea masei musculare și a forței, îmbunătățind în același timp echilibrul și mobilitatea și reducând riscul de căzături.

Obiectivele exercițiilor fizice pentru menținerea sănătății includ:

- **EXERCIȚII AEROBICE.** Îți cresc ritmul cardiac. Pentru o stare bună de sănătate este nevoie de minimum 150 de minute de activitate moderată sau de 75 de minute de activitate intensă pe săptămână. Activitatea moderată înseamnă că poți vorbi, dar nu poți cânta în timp ce faci exerciții. În cazul unei activități intense, să și vorbești e deja dificil. Acestea sunt limitele inferioare a ceea ce este necesar. Să încerci să ajungi la 300 de minute de exerciții moderate sau la 150 de minute de exerciții intense pe săptămână este un obiectiv bun. În general, doar 40% dintre americani ajung la acest obiectiv, iar acest procent este mult mai mic în cazul femeilor aflate la menopauză. Doar 7% dintre participantele la studiul SWAN privind sănătatea femeilor din Statele Unite au îndeplinit, de-a lungul a zece ani, aceste cerințe minime de activitate fizică.

- **EXERCIȚII DE FORTIFICARE A MUȘCHILOR.** Gândește-te la ridicarea

greutăților, la aparatele de la sala de sport sau la benzile de rezistență. Scopul este de a antrena toate grupele musculare majore în două sau mai multe zile pe săptămână. Exercițiile neobișnuite, adică lucrarea mușchiului pe măsură ce se extinde sau se lungește – cum ar fi contracția bicepsului pe măsură ce greutatea coboară – sunt deosebit de stimulative pentru refacerea și reînnoirea mușchilor. Detalierea antrenamentului de rezistență excede scopului acestei cărți, dar un medic specialist în medicină sportivă, un fizioterapeut sau un antrenor îți poate face recomandări. American College of Sports Medicine are resurse bune online. Ca recomandări generale pe care le poți lua în calcul, fă în fiecare sesiune 8 până la 10 exerciții care lucrează principalele grupe muscu-lare, 2 până la 3 seturi de 8, repetate maximum de 12 ori (ultima repetiție ar trebui să fie dificil de realizat), iar cu timpul greutățile folosite ar trebui să fie mai mari.

- **ANTRENAREA ECHILIBRULUI.** Pentru femeile cu vârsta de 65 de ani și mai mult, programele de exerciții fizice cu accent pe echilibru pot

ajuta la prevenirea căzăturilor. În timp ce majoritatea exercițiilor fizice îmbunătățesc echilibrul, o atenție specială care îi este acordată poate oferi un beneficiu suplimentar pe măsură ce femeile îmbătrânesc. Un program bazat pe dovezi este Tai Ji Quan: Moving for Better Balance (TJQMBB), conceput special pentru adulții vârstnici cu risc de căzături și pentru persoanele cu tulburări de echilibru. Center for Aging and Health al University of North Carolina are, de asemenea, videoclipuri excelente pentru antrenarea echilibrului și al forței, care pot fi accesate la adresa med.unc.edu/aging/cgwep/exercise-program/videos/balance-exercises. Și un kinetoterapeut poate fi în măsură să facă recomandări specifice cu privire la programele de antrenare a echilibrului.

Este greu să te motivezi să faci mișcare. Dacă ar fi fost ușor, toată lumea ar face-o. Eu mă străduiesc să fac aproximativ 150 de minute de exerciții fizice pe săptămână, o combinație de alergare, ciclism și antrenament cu greutăți, dar încerc să măresc această durată pe baza studiilor pe care le-am citit pentru acest capitol și nu este ușor. În primii ani ai tranziției spre

menopauză făceam aproximativ 250 de minute de exerciții fizice pe săptămână și eram mai puternică decât oricând. Apoi, din cauza evenimentelor din viața mea – o accidentare la braț, stresul reprezentat de copiii aflați la gimnaziu, tot mai multe călătorii și scrierea cărții *Biblia vaginului* –, m-am trezit cumva făcând tot mai puține exerciții fizice până când, practic, nu am mai făcut deloc. *Mă voi apuca din nou de exerciții într-o bună zi*, îmi spuneam.

Au trecut rapid câțiva ani și ambii mei părinți au murit la puțin timp unul după altul, în mare parte din cauza sarcopeniei. Apoi, într-o zi, stăteam pe toaletă și nu m-am putut ridica fără să mă țin de perete. Cu trei ani înainte alergasem la semimaraton.

Așa că m-am apucat din nou de sport. Am fost șocată de diferența pe care au adus-o doar câțiva ani și de faptul că eram terminată după primele alergări. Dar am făcut ceea ce le spun și pacienților mei – începe cu un volum ridicol de mic de exerciții fizice, dar fă-le o dată la două zile. De fiecare dată când încercam să mă conving să nu fac exerciții fizice, pentru că întotdeauna există motive, îmi aminteam că ele sunt ca niște bani pe care îi încasezi gratuit. Chiar și puțini sunt buni. Această atitudine mă ajută și astăzi când antrenamentul meu nu este așa cum speram. Aș prefera oare un cadou de 1 000 de dolari în locul unuia de 100 de dolari? Da. Dar oare aș refuza unul de 100 de dolari? Nu. După șase luni de activitate care mi s-a

părut a fi o muncă anevoioasă, alerg cinci kilometri (încet) și am reluat ciclismul. În plus, partenerul meu este un ciclist pasionat, iar ideea unor vacanțe cu bicicleta împreună este foarte atrăgătoare. Aș putea să mă concentrez asupra faptului că în urmă cu zece ani traiectoria revenirii la exerciții fizice ar fi fost mai rapidă, dar mă bucur că sunt perseverentă.

Dacă ești la început, atunci orice exercițiu pe care poți și vrei să îl faci (și pe care probabil vei continua să îl faci) este cel potrivit. Dacă suferi de boli de inimă, de boli vasculare periferice sau de osteoporoză, consultă-ți medicul de familie înainte de a începe orice nou program de exerciții fizice. Persoanele cu limitări ale mobilității sau cele îngrijorate că s-ar putea răni pot lua în considerare exerciții care se concentrează mai mult pe mișcări blânde și echilibru, cum ar fi Tai Chi sau Tai Ji Quan (discutate anterior). Tai Chi se poate face chiar și de pe scaun.

Este important să începi cu un ritm ușor cu orice nou program de exerciții fizice. Mulți dintre noi au tendința de a exagera la început și vrei să eviți să te accidentezi dacă te antrenezi numai în weekend sau să îți accentuezi o durere musculară care îți poate limita activitățile câteva zile, ceea ce face lucrurile dificile din punct de vedere psihologic și ne determină adesea să renunțăm.

Din punct de vedere al sănătății, este important și cât de activă fizic este o femeie

în timpul zilei în afara oricărui program de exerciții. Opt sau mai multe ore de sedentarism (de exemplu, să te uiți la televizor, să stai la un birou sau la calculator ori cu telefonul în față, să te deplasezi cu mașina sau cu mijloacele de transport în comun sau să citești) cresc riscul de deces prematur. În Statele Unite, 25% dintre adulți sunt sedentari mai mult de opt ore pe zi. Statul în șezut nu este, totuși, la fel de grav ca fumatul. Riscul de deces asociat fumatului a 20 până la 39 de țigări pe zi este de patru ori mai mare decât cel asociat unui stil de viață sedentar.

În Statele Unite, mulți dintre noi nu au de ales și trebuie să stea jos perioade îndelungate – nu mi-a scăpat din vedere ironia faptului că am stat ore în șir pe scaun cercetând efectele negative ale șederii asupra sănătății și scriind despre asta. Exercițiile fizice nu inversează efectele negative asupra sănătății ale statului prelungit în șezut, așa că, atunci când este posibil, gândește-te ce poți face pentru a limita sedentarismul. De exemplu, ai putea sta în picioare în mijloacele de transport în comun, și nu jos, sau, dacă poți, lucrează de la un birou în picioare și limitează șederea în afara orelor de lucru, când este posibil. Încerc să evit videoconferințele care au devenit atât de populare – și în mare parte necesare – odată cu COVID și să le înlocuiesc cu discuții telefonice, astfel încât să stau în picioare și să mă plimb prin casă.

Creșterea în greutate și menopauza

Multe femei sunt deranjate de creșterea în greutate din timpul tranziției spre menopauză și/sau constată că, după menopauză, pierderea kilogramelor în plus este mai dificilă decât era înainte. Mai multe studii au abordat problema creșterii în greutate la menopauză, așa că acesta este un caz în care cercetătorii ascultă ceea ce relatează femeile și apoi investighează. Creșterea medie în greutate legată de vârstă este de aproximativ 0,3 kg pe an și este cauzată în primul rând de pierderea de masă musculară care, la rândul ei, reduce numărul de calorii arse și crește nivelul insulinei. Având în vedere durata tranziției spre menopauză, nu este neobișnuit ca femeile să se îngrașe cu 1,5–3 kg, ca urmare a avansării în vârstă. Cea mai mare parte din greutatea acumulată înseamnă grăsime, iar procentul de grăsime corporală crește și el odată cu vârsta. Menopauza intervine în acest caz – mai multe despre asta în continuare.

Creșterea în greutate este complexă. Ea este legată nu doar de mai multe calorii/energie care sunt consumate decât se ard și de masa musculară, ci și de alți factori, cum ar fi genetica, afecțiunile medicale, somnul insuficient, stresul, depresia, precum și de mulți factori sociali care influențează starea de sănătate. Și medicamentele pot cauza îngrășarea. Într-un

studiu care a urmărit trei ani mai multe femei, cercetătorii au descoperit că acelea care luau cel puțin un medicament care favorizează creșterea în greutate s-au îngrășat cu mai multe kilograme decât cele care nu luau niciunul dintre aceste medicamente. Deși cantitatea efectivă era mică, pe parcursul mai multor ani, acest lucru avea efect cumulativ. Medicamentele identificate ca favorizând creșterea în greutate includ antidepresivele, beta-blocantele, insulina și steroizii. Nu se poate da vina în mod direct pe medicamente pe baza acestui studiu, deoarece la momentul efectuării lui nu se cunoșteau toate informațiile contextuale privind afecțiunile medicale si activitatea fizică a subiectilor. În plus, există interacțiuni complexe între factorii sociali determinanți ai sănătății și afecțiunile pentru care sunt prescrise aceste medicamente, cum ar fi hipertensiunea arterială sau diabetul. Dar dacă o femeie se confruntă cu o creștere în greutate neașteptată, analiza medicamentelor și găsirea unor alternative care pot fi neutre din punct de vedere al greutății trebuie luate în considerare când acest lucru este posibil.

Există multe lucruri legate de îngrășare pe care nu le înțelegem. De exemplu, cercetătorii au comparat jurnalele alimentare și cele de exerciții fizice ale americanilor din 1988 până în 2006 și au constatat că, deși aveau același aport caloric (și cu aceeași proporție generală de calorii între proteine și grăsimi) și făceau

aceleași exerciții fizice, cei din 2006 erau cu aproximativ 10% mai grei decât ar fi fost în 1988. Modul în care ne trăim viața în prezent contribuie la creșterea în greutate. Unele potențiale cauze sunt expunerea la unele substanțe chimice care perturbă sistemul endocrin, modificările microbiomului intestinal, tulburări de somn, un stil de viață tot mai sedentar și depresia. Dacă scoatem din calcul schimbările legate de vârstă sau de menopauză, creșterea în greutate în timp este comună – cel puțin în Statele Unite.

Obezitatea, grăsimea abdominală și menopauza

Obezitatea ne expune la un risc mai mare de a suferi de mai multe afecțiuni asociate menopauzei, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul și demența. Obezitatea crește, de asemenea, riscul apariției cancerului endometrial și a cancerului de sân după menopauză. Acest lucru nu înseamnă că toate femeile care suferă de obezitate se vor confrunta cu aceste probleme. Ca aproape totul în medicină, este vorba despre un risc crescut. Conștientizarea acestor riscuri îi permite femeii să ceară un test de depistare precoce și un tratament corect. Scăderea în greutate – chiar și una mică – poate ajuta și la reducerea sau chiar la eliminarea acestor riscuri.

Greutatea este discutată în mod tradițional în termeni de IMC sau indice de masă corporală, supraponderalitatea însemnând un IMC între 25,0 și 29,9 kg/m^2, iar obezitatea un IMC≥30 kg/m^2 IMC. În Statele Unite, aproximativ 35% dintre femeile aflate la postmenopauză au IMC de 30 sau mai mare. În timp ce obezitatea, așa cum este definită în funcție de IMC, este un factor care contribuie la multe probleme de sănătate legate de menopauză, ea nu este cel mai bun instrument pentru evaluarea riscurilor. Pentru unele femei, IMC poate conduce la supraevaluarea unor riscuri și la subevaluarea altora. IMC este o reflexie a dimensiunii corporale și apar tot mai multe date care ne spun că ceea ce contează nu este grăsimea în sine, ci localizarea acesteia. Așadar, atunci când ne concentrăm asupra greutății unei femei, ignorăm un factor de risc major pentru sănătatea ei – grăsimea care nu se vede.

Există două tipuri de grăsime corporală. Grăsimea subcutanată, care se află chiar sub piele și care poate fi apucată cu degetele (vezi figura 8). În mod obișnuit, aceasta reprezintă cam între 90 până la 95% din grăsimea corporală. Grăsimea viscerală se află în abdomen – în jurul stomacului, ficatului și al altor organe – și constituie restul de grăsime. Grăsimea subcutanată pare adesea a fi cea mai enervantă, probabil din cauza obsesiei societății pentru siluetă, dar cea viscerală creează cele mai multe

îngrijorări din punct de vedere al sănătății. Și asta pentru că grăsimea viscerală este activă din punct de vedere metabolic în moduri dăunătoare – unii chiar se referă la ea ca fiind grăsime activă. Este asociată bolilor cardiovasculare (atac de cord și accident vascular cerebral), nivelurilor ridicate de lipide, ficatului gras (o cauză a insuficienței hepatice), diabetului de tip 2, artritei, precum și altor riscuri pentru sănătate.

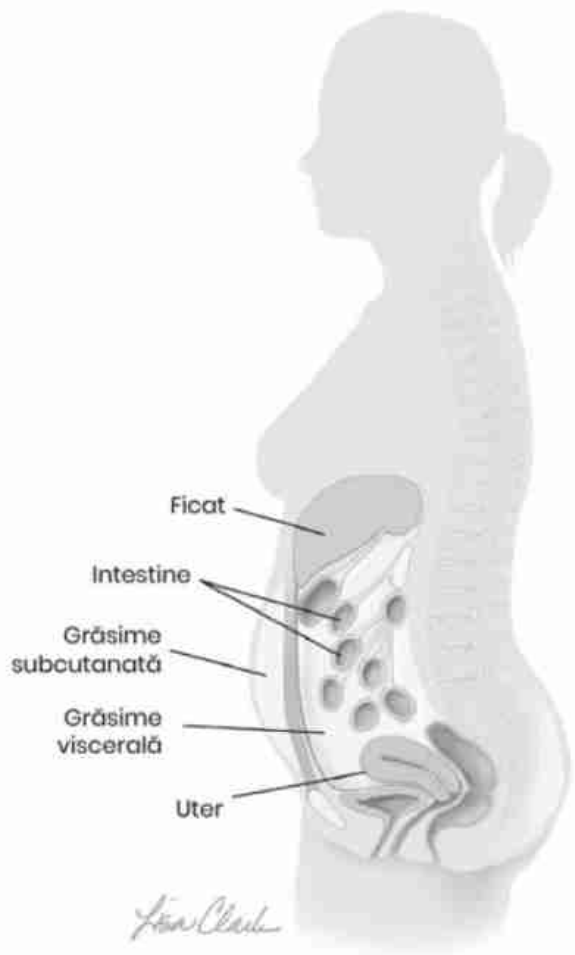


Figura 8. Grăsimea viscerală și cea subcutanată

În timpul tranziției spre menopauză, femeile sunt mai predispuse să acumuleze grăsime viscerală. Acesta poate fi motivul pentru care multe femei cred că iau în greutate mai mult decât o fac de fapt, deoarece cresc în talie. După menopauză, grăsimea viscerală reprezintă între 15 și 20% din grăsimea corporală. Există mai multe

probleme medicale asociate cu grăsimea visceralã, printre care:

- **SENSIBILITATE REDUSĂ LA INSULINĂ.** Insulina este un hormon care reglează nivelul de glucoză (zahăr) din sânge.

- **INFLAMAȚIE CRESCUTĂ.** Poate fi un factor declanșator sau un factor suplimentar pentru multe afecțiuni medicale.

- **ELIBERAREA ACIZILOR GRAȘI ÎN SISTEMUL CIRCULATOR.** Crește nivelul colesterolului și al trigliceridelor. Este interesant faptul că grăsimea subcutanată poate contribui la contracararea acestui fenomen prin absorbția trigliceridelor circulante.

- **EFECTE NEGATIVE ASUPRA FICATULUI.** Sângele din grăsimea visceralã se scurge în ficat înainte de a ajunge la orice alt organ sau țesut. Acest lucru predispune ficatul la niveluri ridicate de inflamare și îl expune la acizi grași, ceea ce nu este deloc benefic.

- **NIVELURI ACTIVE DE TESTOSTERON CRESCUTE.** Grăsimea visceralã scade nivelurile de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG), proteina care transportă testosteronul și estrogenii, făcând

să fie disponibilă o cantitate mai mare de hormoni care să interacționeze cu țesuturile (vezi capitolul 3, îți amintești Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri?).

- **NIVELURI CRESCUTE DE ESTROGEN.** Țesutul adipos produce estrogen și estronă din hormoni precursori (vezi capitolul 3), iar grăsimea visceralăă poate fi mai eficientă în producerea de estrogeni decât grăsimea subcutanată.

Motivele pentru care femeile sunt predispuse la acumularea de grăsime visceralăă în timpul tranziției spre menopauză nu sunt pe deplin înțelese. O teorie se referă la creșterea nivelului hormonului de stimulare foliculară (FSH; vezi capitolul 3), dar probabil că există o combinație de multiple schimbări hormonale care acționează în mod concertat. Și pierderea accelerată de masă musculară în timpul tranziției spre menopauză poate juca un rol. Există un studiu care sugerează o legătură între îndepărtarea chirurgicală a ovarelor înainte de menopauza naturală și grăsimea visceralăă. Nu se știe dacă acest lucru este cauzat de debutul timpuriu al nivelurilor scăzute de estrogeni, de rapiditatea cu care scade estradiolul și/sau crește FSH (îndepărtarea ovarelor înseamnă că nivelul hormonilor scade imediat, spre deosebire de un declin pe parcursul mai multor ani) sau

de lipsa hormonilor produși de ovare postmenopauză.

Factorii de risc pentru apariția grăsimii viscerale care nu au legătură cu menopauza sunt fumatul și lipsa activității fizice. În timpul tranziției spre menopauză, 120 de minute de exerciții fizice moderate pe săptămână sunt suficiente pentru a atenua creșterea grăsimii viscerale, dar nu pentru a inversa orice schimbare. Tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate încetini creșterea obezității viscerale în timpul tranziției spre menopauză, deși în prezent nu este recomandat pentru această afecțiune. Deși sunt necesare mai multe studii în acest sens, este clar că THM nu este asociat cu creșterea grăsimii viscerale.

Creșterea grăsimii viscerale în timpul tranziției spre menopauză și în postmenopauză este importantă, deoarece poate fi unul dintre principalele motive pentru care femeile au un risc crescut de a face boli cardiovasculare la menopauză. Dar cum știi dacă ai grăsime viscerală și un risc crescut pentru boli ale inimii?

Circumferința taliei pare să fie un bun indicator pentru grăsimea viscerală. Da, măsurând clasic, cu un metru de croitorie. Știu, pare o metodă de-a dreptul perimată, având în vedere tehnologia medicinei moderne. Nu se măsoară în zona cea mai îngustă a taliei; în schimb, imaginează-ți o linie coborâtă de la jumătatea axilei până la osul șoldului. Punctul în care metrul de croitorie se întâlnește cu marginea

superioară a osului șoldului este cel în care se face măsurătoarea. Metrul nu ar trebui să fie foarte strâns pe corp, iar abdomenul trebuie să fie relaxat. Potrivit National Institutes of Health din Statele Unite (NIH), în cazul în care circumferința taliei unei femei este egală cu sau depășește 88 de centimetri, atunci vorbim despre obezitate abdominală. Orice creștere cu 1 centimetru a circumferinței taliei peste 88 de centimetri crește riscul apariției bolilor cardiovasculare cu 2%. Între 1960 și 2000, circumferința medie a taliei americanilor a crescut cu aproximativ 15 centimetri. Pentru femeile a căror circumferință a taliei este mai mare de 88 de centimetri, o reducere cu 5 centimetri scade riscul de a face boli cardiovasculare cu 15%. Este posibil ca circumferința taliei să nu fie la fel de edificatoare pentru femeile asiatice și pentru cele care sunt mult mai scunde sau mai înalte decât media, astfel încât sunt necesare mai multe cercetări pentru a permite estimarea riscului de obezitate abdominală pentru aceste grupuri.

Este important de reținut că nu toate organizațiile de sănătate folosesc circumferința taliei pentru a defini obezitatea abdominală. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) utilizează raportul dintre talie și șold, iar pentru a ține cont de înălțime, cercetătorii din Marea Britanie au propus un raport talie/înălțime. Este frustrant faptul că acestea nu coincid întotdeauna. În cazul meu, folosind IMC și cele trei metode de stabilire a obezității

abdominale, e greu de stabilit dacă sunt sau nu obeză, pentru că există variații uriașe. Cântăresc 80,7 kilograme, am o înălțime de 179 centimetri și port mărimea americană 10–12, ca referință.

Cunoașterea circumferinței taliei poate ajuta o femeie să stabilească dacă are o afecțiune numită sindrom metabolic, care este accentuată de menopauză. Sindromul metabolic crește în mod semnificativ riscul apariției bolilor de inimă, a diabetului și a accidentului vascular cerebral. Sindromul metabolic este diagnosticat atunci când sunt prezente cel puțin trei dintre următoarele cinci condiții:

- Circumferința taliei mai mare de 88 centimetri;
- Nivelul ridicat de trigliceride sau administrarea unor medicamente pentru scăderea trigliceridelor;
- Nivelul scăzut al HDL sau administrarea de medicamente pentru tratarea unui nivel scăzut al HDL (vezi capitolul 8 pentru informații suplimentare);
- Hipertensiunea arterială (tensiunea arterială ridicată) sau administrarea de medicamente pentru tratarea tensiunii arteriale ridicate;
- Nivelul ridicat al glicemiei sau administrarea de medicamente

pentru tratarea nivelului ridicat al glicemiei.

Femeile cu o circumferință crescută a taliei ar trebui să se asigure că li se verifică tensiunea arterială și că li se face un test de depistare a diabetului și profilul lipidic (vezi capitolul 7). Tratamentul sindromului metabolic constă în exerciții fizice, pierderea în greutate și medicamente pentru tratarea lipidelor anormale, a diabetului și/sau a tensiunii arteriale ridicate. Deși exercițiile fizice nu vizează în mod specific grăsimea viscerală, ele sunt benefice în general și par să reducă riscul de sindrom metabolic.

Pierderea în greutate

Pierderea în greutate reduce atât grăsimea viscerală, cât și pe cea subcutanată. Într-un studiu, o pierdere în greutate de 6–7% (ceea ce reprezintă 5 kilograme în medie) a determinat o reducere de 14% a grăsimii viscerale. Deoarece pierderea în greutate poate contribui la prevenirea și tratarea sindromului metabolic, unele femei s-ar putea întreba cum ar fi cel mai bine să piardă în greutate, dar consider, de asemenea, că pentru multe dintre ele aceasta poate fi o conversație dificilă. Dacă nu ești interesată să citești nimic despre pierderea în greutate, treci la capitolul următor. Pentru orice femeie care dorește să afle mai multe despre pierderea în greutate, sper să ofer câteva îndrumări generale.

Sunt atentă la modul în care discut despre greutate. Multor femei li se ignoră îngrijorările în privința sănătății – întemeiate în cele mai multe cazuri – ca fiind cauzate de obezitate, în loc să fie investigate în mod adecvat, și multe au plătit cu sănătatea și chiar cu viața din această cauză. Mi-e rușine că în instituțiile medicale lipsesc spațiile primitoare pentru femeile care sunt supraponderale. În plus, de 31 de ani încoace, eu țin o dietă interminabilă și nu i-aș dori nimănui un asemenea blestem. Nu mă pot gândi nici măcar la o singură zi în care să nu fi ținut sub control ce am mâncat sau să nu mă fi simțit vinovată că nu mi-am controlat alimentația. Pentru mine, acest lucru a fost un efect al faptului că mama îmi spunea în adolescență că sunt grasă și al faptului că am crescut în anii 1980, care au reprezentat o combinație unică și îngrozitoare între suplețe, care echivala cu frumusețea și fericirea, și cultura exercițiilor fizice care începea să prindă contur. Aveam 16 ani când m-am înscris pentru prima dată la Weight Watchers și cântăream 70 de kilograme. Aveam 16 ani și un IMC de 21,8 și m-au lăsat să mă înscriu.

Strategia prin care fac față înseamnă să fiu perseverentă, adică încerc să notez tot ce mănânc înainte de a mânca, urmând în mare parte o dietă mediteraneeană. Sunt atentă să țin mereu un jurnal. Dacă nu o fac, număr în tăcere caloriile și mă judec singură, așa că nu neapărat că m-am împăcat cu asta, dar măcar m-am relaxat puțin. Ținerea unui

jurnal mă ajută să decid dacă îmi este cu adevărat foame sau nu – pentru mine, foamea este o emoție, așa că trebuie să fiu atentă dacă mănânc pentru că sunt fericită ori tristă, sau pentru că organismul meu are nevoie de combustibil. De asemenea, ținerea unui jurnal face ca gândurile mele legate de alegerile alimentare pe care le fac să nu mai locuiască în capul meu fără să plătească chirie și mă ajută să nu mă mai învinovățesc singură. Cu timpul, am reușit să îmi mut atenția de la calorii asupra calității alegerilor mele alimentare. Recunosc că este o muncă în curs de desfășurare și nu recomand această abordare chiar oricui, dar experții spun că ținerea unui jurnal este o intervenție cu risc scăzut care poate facilita pierderea în greutate și menținerea acesteia.

Este important să recunoaștem cât de greu este să pierzi în greutate, dar și mai mult să menții acea scădere. Din punct de vedere biologic, corpul nostru este programat să se protejeze împotriva pierderii în greutate, iar în societatea occidentală, în care alimentele ultraprocesate sunt disponibile pretutindeni și reprezintă adesea cea mai puțin costisitoare opțiune, lucrurile sunt și mai dificile. În plus, cum și ce să alegi? Opțiunile sunt variate: alimente bogate în grăsimi, cu conținut scăzut de grăsimi, cu conținut scăzut de carbohidrați, dieta paleo, keto, mediteraneeană, vegană, Whole30, DASH, Atkins, flexitariană și volumetrică, pentru a numi doar câteva. Numărul programelor de

slăbire este altceva – în 2020, *US News & World Report* avea o listă cu 35 de programe diferite! Da, un „Top 35“.

Multe programe de slăbit sunt mofturi, ceea ce înseamnă că sună a ceva științific și se potrivesc cu o tendință, dar atunci când sunt evaluate de experți, ele nu stau în picioare. Având în vedere dificultatea inerentă a științei nutriționale și anii de studii riguroase necesari evaluării în mod corespunzător a schimbărilor alimentare, ideea că o modă oferă un răspuns pe care decenii de cercetare încă nu l-au obținut ar fi de tot râsul, doar că mulți oameni ajung să fie victimele acestei jecmăneli.

Printre temele comune ale planurilor de succes pentru pierderea în greutate se numără:

- **ATENȚIA FAȚĂ DE CONSUMUL DE ALIMENTE,** indiferent dacă este vorba despre evitarea produselor de origine animală, despre consumul de alimente între anumite ore (post intermitent) sau despre calcularea carbohidraților, a gramajului grăsimilor sau a caloriilor. Când se acordă atenție alimentelor consumate, există de obicei o pierdere netă de calorii. Acest lucru se petrece pentru că fie caloriile au fost restricționate în mod intenționat, fie se poate întâmpla într-un mod mai puțin direct, cum ar fi faptul că senzația

de saţietate rezultată din selecţia alimentelor limitează aportul de calorii sau alimentele din regimul respectiv sunt mai puţin calorice.

- **GĂTITUL ACASĂ.** Respectarea unui regim este dificilă atunci când alte persoane pregătesc mâncarea, aşa că, pentru a urma cu adevărat un regim de slăbire, cei mai mulţi dintre noi trebuie să îşi pregătească singuri majoritatea meselor. Mai multe studii au stabilit că mesele luate în afara casei constituie un factor de risc pentru obezitate.

- **PUTINE ALIMENTE ULTRAPROCESATE SAU DELOC.** Aportul caloric este mai mic atunci când aceste alimente sunt evitate. Trecerea de la o dietă bogată în alimente ultraprocesate la orice regim care nu le conţine este foarte probabil să aibă ca rezultat beneficii pentru sănătate.

Prietenul meu dr. Yoni Freedhoff, expert în medicina obezităţii şi autorul cărţii *The Diet Fix*, are ceea ce cred eu că este cel mai înţelept sfat pentru pierderea în greutate – cel mai bun regim este cel care funcţionează în cazul tău *şi* este viabil pe termen lung. Adică poţi să urmezi un regim cu care, dacă îl respecţi, slăbeşti şi pe care crezi că poţi să-l respecţi pentru tot restul vieţii. Dacă ai impresia că ai carenţe sau

dacă simți că este o corvoadă, atunci este doar o chestiune de timp până când regimul respectiv va înceta să mai dea rezultate. Acesta este motivul pentru care programele cu așa-numitele alimente interzise nu funcționează în cazul meu – de exemplu, să fiu vegană sau să urmez o dietă ketogenică. Această abordare mă face să atribui termeni negativi și pozitivi alimentelor și, bineînțeles, dacă am probleme în a urma programul respectiv, atunci mă simt rău. Este foarte important să te cunoști pe tine însăți.

Alte metode pentru pierderea în greutate sunt medicamentele și chirurgia. Medicamentele ne pot ajuta să pierdem între 5 și 10% din greutate, ceea ce poate avea beneficii însemnate pentru sănătate. Unii nu pierd mult în greutate, iar alții pot pierde mult mai mult de 10%. Medicamentele nu sunt un lucru cu care să începi, să slăbești rapid și apoi să te oprești; pentru a-și menține greutatea, femeile trebuie să continue să le ia. Există mai multe opțiuni, iar un expert în medicina obezității este persoana care poate ajuta o femeie să pună în balanță riscurile și potențialele beneficii. O altă metodă care poate avea efecte însemnate și de lungă durată asupra pierderii în greutate este chirurgia bariatrică – femeile pot pierde între 25 și 30% din greutatea corporală. Există un mic risc în ceea ce privește operația în sine, dar având în vedere beneficiile pentru sănătate după ce slăbesc, longevitatea crește.

Obezitatea este o afecțiune medicală, dar este una dintre puținele în care atribuim vina pacientului sau sugerăm că este vina lui. Este, de asemenea, una dintre afecțiunile în care medicina oferă, în general, cea mai puțină îndrumare și cel mai puțin sprijin. Ce s-ar întâmpla dacă am trata în același mod persoanele cu cancer sau cu tensiune arterială ridicată? Îți poți imagina o lume în care un medic ar pune diagnosticul de cancer la sân, ar insinua că este vina pacientei și apoi ar trimite-o să caute ajutor în altă parte? Din fericire, există experți minunați și amabili în medicina obezității, iar orice femeie interesată să slăbească ar trebui, sperăm, să fie tratată de aceștia într-o manieră mai centrată asupra pacientei, binevoitoare și bazată pe dovezi.

DE REȚINUT

- Pierderea de masă musculară odată cu vârsta începe la 30 de ani și se accelerează în timpul tranziției spre menopauză.
- Exercițiile fizice sunt un tratament bun, mai ales când vine vorba despre menopauză.
- Creșterea în greutate în timpul menopauzei este legată mai mult de vârstă decât de hormoni, dar modificările hormonale contribuie la redistribuirea grăsimii, astfel încât depunerea de grăsime legată de vârstă se produce cu predilecție în jurul organelor interne, crescând obezitatea abdominală.
- Obezitatea abdominală înseamnă o circumferință a taliei de mai mult de 88 de centimetri.

- Grăsimea abdominală este activă din punct de vedere metabolic și este asociată cu o varietate de afecțiuni medicale, de la bolile cardiovasculare la diabet și până la demență.

CAPITOLUL 8

Miezul problemei

Bolile cardiovasculare

În fiecare minut, o femeie moare din cauza bolilor cardiovasculare.

Te-am făcut atentă? Foarte bine.

Bolile cardiovasculare (BCV) la care se gândesc marea majoritate a oamenilor sunt atacul de cord (infarct miocardic) sau accidentul vascular cerebral. Dar bolile cardiovasculare reprezintă o categorie largă de afecțiuni medicale care afectează fluxul de sânge și, în consecință, transportul oxigenului către țesuturi. Ele au impact asupra circulației prin afectarea inimii (pompa), a vaselor de sânge (conductele) sau a ambelor.

BCV este principala cauză de deces la femei – 1 din 3 femei moare din cauza acestor afecțiuni și, cu toate acestea, doar 8% dintre femei le identifică drept cea mai mare amenințare la adresa sănătății lor. De aceea, este foarte important ca femeile și medicii să extindă conceptul de menopauză dincolo de simptomele care se bucură de cea mai mare atenție în mass-media și pe rețelele de socializare, cum ar fi bufeurile, schimbările de dispoziție și disconfortul

actului sexual. Din păcate, oamenii încă se gândesc la BCV ca la ceva ce îi afectează numai pe bărbați – ei au dureri toracice îngrozitoare și atacuri de cord la televizor și în filme, iar femeile par să moară aproape întotdeauna de cancer sau în urma unor accidente tragice. Dacă ne gândim la femei, bolile cardiovasculare apar numai la sfârșitul vieții lor. Și, într-un sens înfricoșător, da, BCV afectează femeile la sfârșitul vieții lor – doar că nu se întâmplă la vârsta de 93 de ani. Femeile mor sau au viața grav afectată de bolile cardiovasculare la 50 și 60 de ani, și uneori chiar la 40 de ani.

ANGINĂ	Dureri toracice din cauza scăderii fluxului de sânge către inimă.
ARITMII	Ritmul cardiac anormal poate afecta modul în care inima furnizează oxigen țesuturilor, iar unele tipuri de aritmie pot conduce la formarea de cheaguri de sânge care provoacă accidente vasculare cerebrale.
ATEROSCLEROZĂ	Grăsime, colesterol, celule inflamatorii și alte substanțe acumulate în artere (cunoscute sub numele „plăci“). Plăcile reduc fluiditatea sângelui și se pot sparge, provocând un cheag de sânge care poate bloca artera. Ateroscleroza este un factor de risc pentru atacul de cord și accidentul vascular cerebral.
ATAC DE CORD	Reducerea semnificativă a fluxului de sânge către inimă astfel încât să o afecteze.
INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ	Miocardul deteriorat, care afectează capacitatea inimii de a pompa sângele către țesuturi.

HIPERTENSIUNE	Modificări complexe care implică vasele de sânge, inima și semnalele chimice. Nu este o boală în sine; mai degrabă, deteriorează organe precum inima, creierul și rinichii. Este un factor de risc pentru atacul de cord și accidentul vascular cerebral.
BOALĂ ARTERIALĂ PERIFERICĂ	Reducerea fluxului de sânge către picioare din cauza arterelor îngustate; provoacă durere și poate deteriora țesuturile.
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (ISCHEMIC)	Un cheag care reduce în mod critic fluxul de sânge către o parte a creierului. Ateroscleroza crește riscul unui accident vascular cerebral. Orice afecțiune care sporește proprietatea sângelui de a se coagula crește riscul.

Figura 9. Boli cardiovasculare comune

Când femeile înțeleg importanța sănătății cardiovasculare și modul în care aceasta se poate schimba în timpul tranziției spre menopauză, ele pot lua măsuri pentru a preveni BCV sau pentru a minimiza impactul. Să fii proactivă în ceea ce privește tratamentul BCV îți poate salva viața, la propriu.

Ce este ateroscleroza?

Ateroscleroza este o boală a arterelor și reprezintă un factor de risc major pentru BCV. Este vorba despre acumularea de depozite de grăsime, colesterol, celule inflamatoare și alte substanțe pe pereții arterelor – zonele de acumulare sunt

cunoscute din punct de vedere medical sub numele „plăci“. Acestea îngustează vasele de sânge, restrângând fluxul de sânge către țesuturi. O placă se poate rupe, provocând un cheag de sânge care e posibil să blocheze parțial sau complet un vas de sânge. Fără un flux sanguin suficient, țesutul începe să moară.

Ateroscleroza este adesea luată în considerare doar în ceea ce privește inima și, deși provoacă angină pectorală (dureri în piept) și atacuri de cord, poate afecta orice arteră. De exemplu, o placă aterosclerotică ruptă într-o arteră care alimentează o parte a creierului poate provoca un accident vascular cerebral, iar îngustarea cauzată de ateroscleroză poate duce la diminuarea cronică a fluxului de sânge și la deteriorarea rinichilor. Boala arterială periferică reprezintă diminuarea fluxului de sânge către picioare din cauza aterosclerozei. Aceasta poate provoca dureri la nivelul picioarelor și al feselor în timpul exercițiilor fizice și poate conduce chiar la cangrenă (moartea țesuturilor din cauza lipsei de oxigen). Bolile legate de ateroscleroză se numesc boli cardiovasculare aterosclerotice sau BCVA.

Factori de risc pentru BCV

Deși cazurile de BCV sunt semnificativ mai multe la bărbați decât la femei înainte de menopauză, acest decalaj scade după

menopauză. BCV apare cu 7 până la 10 ani mai târziu la femei decât la bărbați. Există probabil mulți factori implicați în apariția întârziată a BCV la femei față de bărbați. Unul dintre motive pare a fi creșterea grăsimii active din punct de vedere metabolic (discutată în capitolul 7) care apare odată cu tranziția spre menopauză. Bărbații sunt mai predispuși la depunerea grăsimii viscerale sau metabolic active, de unde și numărul mai mare de cazuri de BCV în rândul lor, în timp ce, înainte de menopauză, femeile sunt mai predispuse la depunerea grăsimii subcutanate (grăsimea pe care o poți apuca cu degetele). După menopauză, femeile încep să acumuleze grăsime metabolic activă într-un ritm similar cu cel al bărbaților, crescând riscul de apariție a BCV printr-o varietate de mecanisme, inclusiv prin intermediul proceselor inflamatorii și al nivelurilor mai ridicate de colesterol și trigliceride. Înainte de menopauză, estrogenul poate fi, de asemenea, protector, fiind posibil să ajute la rezistența mai mare la ateroscleroză a vaselor de sânge și la reglarea proceselor inflamatorii, astfel încât pierderea estrogenului poate juca un rol direct.

În afară de menopauză, există factori de risc consacrați care au un impact asupra riscului de BCV, atât pentru femei, cât și pentru bărbați, cum ar fi înaintarea în vârstă, fumatul, lipsa de activitate fizică, sedentarismul, excesul de greutate, hipertensiunea arterială și diabetul de tip 2 –

deși mulți dintre aceștia afectează în mod disproporționat femeile.

Activitatea fizică înseamnă exerciții fizice, cum ar fi alergarea, mersul pe jos sau mersul pe bicicletă. O persoană care este inactivă din punct de vedere fizic face mai puțin de 150 de minute de activitate moderată/75 de minute de activitate intensă pe săptămână, cât este recomandat. Sedentarismul apare când nu faci exerciții fizice și se referă la perioade prelungite în care stai așezat sau întins (vezi capitolul 7). Femeile sunt mai predispuse la inactivitate fizică și o viață sedentară în comparație cu bărbații, mai ales pe măsură ce îmbătrânesc, ceea ce le crește și mai mult riscul de a face boli cardiovasculare. Motivele în acest caz sunt complexe. De-a lungul timpului, femeile au fost excluse de la sport din cauza discriminării de gen și a umilirii cu privire la corpul lor. Exercițiile fizice sunt adesea prezentate femeilor ca o modalitate de a fi mai slabe, și nu ca o metodă de a fi mai sănătoase, iar în cazul multora dintre ele, există puține spații sigure pentru exerciții fizice sau, uneori, nu există deloc. Când aveam 45 de ani, am avut nevoie de mult curaj pentru a mă înscrie la o sală de sport; corpurile mai tinere mi se păreau intimidante și abia după ce am atins un anumit nivel de competență – grație unui antrenor personal – am ajuns să mă simt confortabil, făcându-mi loc cu încredere în sala de forță în zona ganterelor și a aparatelor, ignorând privirile bărbaților care păreau furioși sau

nedumeriți că ocupam ceea ce ei considerau, în mod eronat, că este spațiul lor.

Multe femei au avut experiențe oribile în copilărie legate de exercițiile fizice, iar asemenea experiențe pot avea efecte de durată. Când eram în școala primară, în Canada exista un program național numit Canada Fitness Award Program. În fiecare an, ni se cerea să facem șase teste de fitness, iar apoi elevii primeau insigne de aur, argint și bronz în funcție de punctajul obținut. Aceia dintre noi care nu reușeau să se califice stăteau și priveau cum colegii lor erau chemați unul câte unul pentru a-și primi premiile în fața întregii școli. A fost profund umilitor, iar eu mi-am petrecut gimnaziul și liceul găsind modalități creative de a evita ora de educație fizică. Mi-a luat ani întregi să depășesc acea traumă – abia la vârsta de 27 de ani m-am gândit să fac sport pentru sănătatea mea.

Diabetul de tip 2 este un factor de risc semnificativ pentru bolile cardiovasculare și este atât de important încât, înainte de menopauză, anulează efectul protector al estrogenului, ceea ce face ca o femeie să prezinte un risc mai mare de a face BCV decât un bărbat de aceeași vârstă. Acesta este motivul pentru care este esențial ca femeile să se supună unui test de depistare a diabetului de tip 2, nu numai pentru a preveni complicațiile legate de diabet, ci și pentru a putea începe mai devreme testarea pentru depistarea bolilor cardiovasculare și

pentru a beneficia de tratament preventiv pentru BCV, după caz.

Există și alți factori care cresc riscul ca o femeie să sufere de boli cardiovasculare și care nu sunt bine înțeleși. De exemplu, atât endometrioza, cât și sindromul ovarelor polichistice (SOP) cresc riscul apariției bolilor cardiovasculare, precum și șansele de a face boli cardiovasculare la o vârstă mai timpurie. Femeile care au făcut diabet (diabet gestațional) sau hipertensiune arterială în timpul sarcinii au un risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare. Această asociere între tulburările aparatului reproducător și BCV poate fi urmarea faptului că toate au o cauză comună, dar sunt necesare mai multe cercetări.

Dacă o femeie știe că prezintă un risc crescut de a face o boală cardiovasculară, ea poate solicita un test de depistare sau poate lua în considerare posibilitatea de a face schimbări care îi pot diminua riscul, de exemplu, prin mai multă mișcare sau renunțarea la fumat. Din nefericire, femeile primesc de obicei mai puține sfaturi decât bărbații cu privire la factorii de risc pentru BCV și la ce pot face în materie de prevenție, ceea ce nu face decât să agraveze și mai mult riscurile de boli cardiovasculare pentru femei.

Depistarea bolilor cardiovasculare

Testele de depistare a bolilor cardiovasculare trebuie efectuate începând cu vârsta de 40 de ani, o dată la fiecare doi–trei ani, de către femeile cu risc mediu, însă cele cu risc mai ridicat pot avea nevoie de teste mai devreme și/sau mai des. Printre exemplele de factori de risc care pot justifica un test de depistare timpurie se numără fumatul, circumferința crescută a taliei, diabetul de tip 2 sau un istoric personal de endometrioză, SOP sau diabet gestațional.

Testul de depistare formal pentru BCV este un control standard al tensiunii arteriale – valoarea normală este de 120/80 mmHg sau mai puțin. Hipertensiunea arterială este diagnosticată atunci când valoarea superioară este >130 mmHg sau cea inferioară este >80 mmHg. Hipertensiunea arterială este un factor de risc semnificativ pentru ateroscleroză, iar tratarea acesteia scade riscul de atac de cord și de accident vascular cerebral.

Celălalt test de depistare evaluează nivelul lipidelor din sânge. Lipidele sunt un grup de molecule care nu se pot dizolva în apă și care sunt esențiale pentru funcționarea organismului. Fiecare celulă din corpul uman este alcătuită din lipide; ele sunt și elementele care formează multe molecule importante și reprezintă o sursă de

energie. Cu toate acestea, lipidele joacă, de asemenea, un rol în ateroscleroză.

Colesterolul este probabil lipida cea mai cunoscută. El contribuie la menținerea impermeabilității membranei din jurul fiecărei celule, este implicat în producerea de hormoni, cum ar fi estrogenul și progesteronul (vezi capitolul 3) și este o componentă a bilei (o substanță secretată de ficat care contribuie la digestie, în special la absorbția grăsimilor). Cea mai mare parte a colesterolului din organism este produsă de celule (în primul rând în ficat), iar restul de aproximativ 20% provine din alimente. Colesterolul se găsește doar în produsele de origine animală, cum ar fi ouăle, carnea roșie si lactatele. Nivelurile ridicate de colesterol în sânge sunt asociate cu boala cardiovasculară aterosclerotică (BCVA). Există controverse referitoare la posibilitatea colesterolului alimentar de a avea un impact atât de mare asupra nivelului de colesterol din sânge pe cât se credea cândva. Colesterolul se găsește adesea în alimentele cu un conținut ridicat de grăsimi saturate (vezi capitolul 21) și este posibil ca grăsimile saturate să fie cele care prezintă cel mai mare pericol, nu colesterolul.

Deoarece colesterolul este o grăsime și nu se poate dizolva în apă (s-ar aduna ca uleiul deasupra oțetului), el trebuie să fie „ambalat“ pentru a călători în sânge. Pentru a face acest lucru, ficatul produce niște proteine purtătoare numite lipoproteine: HDL (lipoproteine cu densitate mare) și LDL

(lipoproteine cu densitate mică). HDL transportă colesterolul din țesuturi către ficat, unde colesterolul este descompus și evacuat din organism prin intermediul bilei – nivelurile scăzute de HDL indică un risc crescut de a face o boală cardiovasculară. LDL transportă colesterolul către țesuturi, iar nivelurile ridicate sunt asociate cu un risc crescut de a face o boală cardiovasculară. Ca să țin minte, mă gândesc că H este prima literă din HDL și înseamnă „ridicat“, iar L din LDL înseamnă „scăzut“ – așa că ne dorim un HDL mai ridicat și un LDL mai scăzut.[7]

Trigliceridele sunt grăsimi care se depun și sunt transportate în tot corpul pentru a se depozita în țesutul adipos. Organismul produce trigliceride când în dietă există calorii suplimentare care nu sunt necesare, dar ele provin și din alimente – majoritatea grăsimilor saturate pe care le consumăm sunt trigliceride. Nivelurile ridicate de trigliceride reprezintă un factor de risc pentru ateroscleroză.

Rezultatele normale pentru profilul lipidic sunt următoarele:

- Colesterol 125–200 mg/dL
- HDL ≥40 mg/dL
- LDL <100 mg/dL
- Trigliceride: <150 mg/dL (normal), 150–199 mg/dL (la limita superioară)

Există mulți factori care determină tipul de tratament preventiv de care ar putea avea nevoie o femeie în mod individual, iar o discuție despre cine trebuie să înceapă să ia medicamente depășește obiectul acestei cărți. Femeile trebuie să știe că dacă au unul sau mai mulți factori de risc majori pentru BCV (cum ar fi un profil lipidic anormal, diabet, hipertensiune arterială sau fumat), iar riscul lor de atac de cord sau de accident vascular cerebral în decursul a zece ani este >10% (acest lucru poate fi calculat la tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate), atunci probabil că este indicată medicația pentru a preveni atacul de cord sau accidentul vascular cerebral.

Femeile și bolile de inimă: o adevărată epidemie de diagnostice greșite și de tratamente inadecvate

Există diferențe tragice între ținerea sub control a bolilor cardiovasculare la femei și la bărbați – 42% dintre femei mor în decurs de un an după ce suferă un atac de cord, față de 24% dintre bărbați. Femeile sub 55 de ani care au un atac de cord în timp ce se află în spital prezintă un risc de două-trei ori mai mare de a muri în comparație cu bărbații de aceeași vârstă. O parte din această diferență poate fi din cauza biologiei bolilor cardiace la femei; de exemplu, modul în care placa aterosclerotică

este dislocată cauzând un atac de cord poate fi diferit la femei față de bărbați. Dar adesea este vorba de moartea din cauza misoginismului. Uneori, acest lucru se întâmplă pentru că studiile au exclus femeile, astfel încât atunci când femeile primesc ceea ce se numește „cel mai bun tratament", ele primesc de fapt cel mai bun tratament pentru bărbați. O altă problemă este convingerea eronată că femeile – în special cele tinere – nu fac boli cardiovasculare. Alteori, este vorba despre faptul că femeile primesc mai puține sfaturi despre bolile de inimă decât bărbații sau că femeile au mai puține șanse de a li se prescrie statine, medicamente pentru scăderea colesterolului care pot reduce semnificativ riscul de atac de cord și de accident vascular cerebral, decât bărbații. În special femeile de culoare au mai puține șanse de a primi statine.

Un alt aspect foarte important este că femeile au adesea simptome de atac de cord diferite de cele ale bărbaților. Cei mai mulți oameni sunt conștienți de durerea în piept sau de senzația clasică de „greutate sau apăsare pe piept", dar 42% dintre femeile care suferă un atac de cord nu au dureri în piept. Alte simptome așa-zise comune ale unui atac de cord – durerile de mandibulă sau transpirația – sunt obișnuite la bărbați. Femeile sunt predispuse la simptome mai ușoare, care pot părea să nu aibă nicio legătură cu inima, cum ar fi apariția bruscă a dificultăților de respirație, a

oboselii, a durerilor în corp, a transpirațiilor reci, a palpitațiilor, a unei stări de slăbiciune și a unor senzații neobișnuite (pe care le descriu cu greu, ceea ce face parte din problemă) la nivelul spatelui sau al brațelor. Pot apărea, de asemenea, tulburări de somn și oboseală severă fără nicio explicație mai multe zile la rând sau chiar săptămâni, în zilele și săptămânile dinaintea atacului de cord. Aproape doi din trei medici nu recunosc aceste simptome, pe care le resimt mai degrabă femeile, ca fiind un potențial semn al unui atac de cord. De fapt, femeilor deseori li se trec cu vederea simptomele, ca fiind manifestări ale anxietății sau bufeuri. Deoarece există o suprapunere semnificativă între simptomele anxietății, ale bufeurilor și ale atacului de cord, este nevoie de un specialist dedicat care să se asigure că toate trei sunt luate în considerare, nu doar cele două care nu sunt fatale.

Femeile își pot ignora durerea ca nefiind „atât de gravă", deoarece chiar poate să nu fie atât de gravă. De exemplu, pentru multe femei, durerea provocată de crampele menstruale este mai puternică decât cea provocată de un atac de cord – la urma urmei, forța generată de uter în timpul crampelor menstruale este aceeași cu cea generată în timpul celei de-a doua etape a travaliului. Cu toate acestea, femeile care au crampe menstruale sunt cumva privite ca fiind slabe și plângăcioase. Este o formă de manipulare psihologică și emoțională

sistemică și mai că îmi vine să urlu din cauza asta.

Înțeleg că este greu să accepți ideea că durerea provocată de un atac de cord poate fi mai puțin intensă decât crampele menstruale; la urma urmei, miocardul moare la propriu în timpul unui atac de cord, în timp ce uterul nu moare în timpul menstruației (deși așa poate părea). Discrepanța dintre durerea provocată de crampele menstruale și cea provocată de atacul de cord subliniază complexitatea biologică a durerii. Durerea provocată de organe, cum ar fi inima și uterul, se numește durere viscerală și este procesată diferit față de cea provocată, de exemplu, de un picior rupt sau de o arsură. Pare evident că femeile exprimă în mod diferit durerea viscerală în comparație cu bărbații, având în vedere toate conexiunile din sistemul nervos necesare pentru ciclul menstrual și naștere, dar când femeile sunt excluse din studii, nu aflăm despre aceste diferențe și pierdem informații cruciale care ar putea salva vieți. În consecință, o mare parte dintre mesajele pe care le primesc femeile cu privire la atacurile de cord este că probabil o să se țină de piept, deoarece educarea publicului cu privire la atacul de cord a fost, de fapt, educarea publică a bărbaților cu privire la atacul de cord.

Atunci când se suspectează un atac de cord, ai putea avea nevoie de o angiogramă, un test prin care se injectează un agent colorant care se deplasează prin artere

pentru a identifica o îngustare critică cauzată de ateroscleroză sau de un cheag. Există două tipuri de artere în inimă care se pot bloca – mari și mici. Angiograma standard este mai potrivită pentru a evalua arterele mari, dar, în cazul femeilor, arterele mai mici sunt o cauză frecventă a atacurilor de cord (aceasta se numește boală coronariană microvasculară). Așadar, o femeie cu dureri în piept poate primi în mod eronat undă verde pentru că arterele sale mari au fost verificate, când în realitate există o problemă majoră cu cele mici, care a fost omisă. Femeile cu dureri toracice persistente sau alte simptome de atac de cord, dar cu o angiogramă negativă ar trebui să se asigure că medicul lor cardiolog are experiență în tratarea femeilor, astfel încât boala coronariană microvasculară să nu fi fost trecută cu vederea.

DE REȚINUT

- Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de deces în rândul femeilor.
- Riscul unei femei de a suferi de o boală cardiovasculară crește după menopauză și pare să fie determinat în mare parte de acumularea de grăsime visceralăactivă metabolic.
- Factorii legați de aparatul reproducător care cresc riscul apariției bolilor cardiovasculare la o femeie includ istoricul personal de endometrioză, sindromul ovarelor polichistice, diabetul gestațional și tensiunea arterială ridicată în timpul sarcinii.

- Simptomele unui atac de cord sunt adesea diferite la femei față de bărbați.
- Femeile fără factori de risc pentru bolile cardiovasculare ar trebui să fie supuse unor investigații de verificare a tensiunii arteriale și a profilului lipidic la fiecare doi-trei ani, începând cu vârsta de 40 de ani, iar cele cu factori de risc ar putea avea nevoie să înceapă testele de depistare mai devreme sau să fie supuse acestor teste mai des.

CAPITOLUL 9

Este cald sau mi se pare?

Simptomele vasomotorii și cum să stingi focul

Când vorbim despre menopauză, cele mai multe dintre noi se gândesc la valuri de căldură care inundă corpul. Acest lucru este din cauza faptului că bufeurile și transpirațiile nocturne – cunoscute sub numele de simptome vasomotorii (SVM) – afectează 80% dintre femei la un moment dat pe parcursul menopauzei și aproape toate femeile care iau inhibitori de aromatază (medicamente pentru un anumit tip de cancer de sân).

Bufeurile sunt cunoscute și sub numele „călduri“, deși eu prefer cuvântul „bufeuri“, deoarece sintagme precum „mă trec căldurile“ îmi evocă un proces instantaneu, de foarte scurtă durată, în timp ce „bufeuri“ pare a fi ceva care persistă câteva minute, ceea ce se și întâmplă, de altfel. Însă categoric termenul meu preferat este

„fierbințeli“, care, așa cum am discutat în capitolul 2, datează cel puțin din secolul al XVIII-lea – pentru mine, este într-adevăr ca și cum căldura izvorăște din interiorul corpului și trece ca un val fierbinte până la cap. Unora dintre femei le place să își numească bufeurile „valuri de energie“, dar orice termen pe care îl consideri potrivit este la fel de bun. La urma urmei, *tu* treci prin astfel de stări.

Din punct de vedere medical, un bufeu este un val de căldură care învăluie capul, gâtul, partea superioară a pieptului și brațele. Nu este doar o senzație de căldură; corpul chiar este cald la atingere. Bufeurile pot fi însoțite de transpirație, roșeață la nivelul feței, greață, stare de agitație și anxietate. Bufeurile pot fi trăite în mod diferit de fiecare femeie în parte, dar există o constantă – senzația de căldură. Transpirațiile nocturne sunt bufeuri resimțite pe parcursul nopții care au ca rezultat transpirația excesivă și sunt un motiv de perturbare a somnului. Sunt, de asemenea, neplăcute, deoarece trezirea în niște așternuturi umede este de-a dreptul dezgustătoare.

Ce sunt mai exact bufeurile?

Bufeurile apar atunci când un termostat intern stricat informează creierul că îți este cald, deși nu este așa. Termoreglarea – controlul temperaturii corporale – are loc în

adâncul creierului, într-o regiune numită hipotalamus. Diferiți hormoni și neurotransmițători colaborează, primind semnale de la corp și de la mediul înconjurător pentru a menține temperatura corpului într-o plajă relativ îngustă. Reproducerea și controlul temperaturii sunt strâns legate între ele. De exemplu, temperatura corpului are cotele cele mai ridicate la jumătatea perioadei dintre ovulație și menstruație, din cauza nivelurilor ridicate de progesteron. Teoria este că temperatura ușor mai ridicată din această perioadă este favorabilă implantării ovulului. În consecință, există neuroni (celule nervoase) implicați în reglarea atât a temperaturii, cât și a ciclului menstrual. O analogie bună este aceea că termoreglarea și reproducerea împart aceeași „placă de bază".

Mecanismele care stau la baza simptomelor vasomotorii sunt foarte complexe și nu sunt înțelese pe deplin. Nu nivelul de estrogen contează, altfel, fetele ar avea bufeuri înainte de pubertate. Bufeurile depind de un creier care a avut estrogen, apoi acest hormon a început să dispară. Cu cât scăderea estrogenului este mai rapidă, cu atât efectul e mai profund, motiv pentru care îndepărtarea ovarelor înainte de menopauză determină mai multe bufeuri și simptome mai puternice decât scăderea treptată a hormonilor tipică menopauzei.

Estrogenul are un rol interesant în reglarea temperaturii – se pare că suprimă

mesajele de la un grup de neuroni care transmit informații despre căldură. Odată cu menopauza, acești neuroni care favorizează creșterea temperaturii nu mai au estrogenul drept gardian, astfel încât zona creierului în care se află ei se mărește. Unele cercetări sugerează că nivelul ridicat al hormonului de stimulare foliculară (FSH) odată cu menopauza ar putea avea un rol în apariția bufeurilor.

Fără influența estrogenului, sistemul de termoreglare devine extrem de sensibil la creșterile minore de temperatură și răspunde într-un mod exagerat – astfel încât urcarea câtorva trepte poate părea ca o alergare lungă în haine groase într-o zi călduroasă. Gândește-te la asta ca la o parte a creierului tău care strigă la întâmplare „Atenție, foc!“, când toate sistemele funcționează exact așa cum trebuie și nu există estrogen prin preajmă care să spună „Nu mai zbiera din orice și hai să vedem mai întâi despre ce e vorba“.

În efortul de a se răcori, vasele de sânge se dilată, iar sângele este dirijat către piele, unde își pierde o parte din căldură. Acesta este valul de căldură (și adesea roșeața) de pe față, gât, partea superioară a pieptului și brațe. Glandele sudoripare sunt, de asemenea, puse la treabă pentru a transpira. Ritmul cardiac crește (acest lucru poate contribui la un sentiment de anxietate pentru unele femei) și fluxul de sânge către creier este redus. Acest episod de căldură durează în medie între două și patru minute, oprindu-

se atunci când temperatura corpului scade în cele din urmă din cauza eforturilor sale de a se răci. Dar pentru că de fapt nu ți-a fost cald cu adevărat, temperatura corpului este acum mai scăzută decât ar trebui, așa că pot apărea frisoane, iar unele femei sunt mai deranjate de frisoane decât de senzația de căldură care le-a precedat. Pot apărea chiar și tremurături pentru a readuce la normal temperatura corpului, acum scăzută.

Ai obosit doar citind despre asta? Pentru unele femei, aceste episoade au loc de 20 sau 30 de ori pe zi. Intensitatea simptomelor vasomotorii variază de la o femeie la alta, iar el sunt asociate cu dificultățile de somn și depresia și afectează calitatea vieții. Unele femei sunt foarte deranjate de ele, în timp ce altele nu atât de mult. Poate fi obositor și stresant, iar bufeurile le fac pe multe femei să se simtă îngrozitor. Bufeurile sunt imprevizibile, ceea ce înseamnă că, într-o zi, o activitate declanșează ceea ce pare a fi un val nesfârșit de căldură pe tot parcursul zilei, iar în alta, aceeași activitate poate să nu aibă niciun efect. Impredictibilitatea nu face decât să înrăutățească situația, deoarece poate părea că organismul tău scapă de sub control, iar acest lucru este neliniștitor.

Femeile cu simptome vasomotorii mai moderate sau mai severe prezintă, de asemenea, un risc crescut de a face boli cardiovasculare și accident vascular cerebral. Simptomele vasomotorii nu cauzează în mod direct boli cardiace prin afectarea inimii sau a vaselor de sânge, ci

mai degrabă se crede că factorul care predispune unele femei la bufeuri pare să le predispună și la boli cardiace. Există o teorie conform căreia este mai probabil ca bufeurile să apară atunci când există o comunicare defectuoasă între sistemul nervos și vasele de sânge, iar acest lucru ar putea fi un factor favorizant în cazul bolilor de inimă și al accidentelor vasculare cerebrale. Femeile cu simptome vasomotorii moderate până la severe ar trebui să fie la zi cu controalele privind sănătatea inimii, adică să-și verifice regulat tensiunea arterială și să facă teste pentru depistarea colesterolului ridicat și a diabetului. Exercițiile fizice sunt o schimbare care poate contribui la diminuarea acestor riscuri.

Când încep simptomele vasomotorii și cât durează?

Vechea mentalitate era că simptomele vasomotorii încep la menopauză (adică odată cu ultima menstruație) și durează aproximativ doi ani. Acum știm că acestea pot începe în timpul tranziției spre menopauză – chiar cu mulți ani înainte de ultima menstruație –, iar perioada bufeurilor durează în medie puțin peste șapte ani. Datele obținute prin intermediul studiului SWAN ne informează că există patru tipare distincte ale simptomelor vasomotorii în rândul femeilor din America de Nord, iar

fiecare dintre aceste tipare este resimțit de aproximativ 25% dintre femei:

- Debutul timpuriu în timpul tranziției spre menopauză și scăderea după ultima menstruație.
- Debutul tardiv în timpul tranziției spre menopauză, cele mai severe simptome fiind în preajma ultimei menstruații, apoi diminuându-se lent în postmenopauză, cu o durată medie de patru ani.
- Puține sau deloc. Da, se mai întâmplă!
- „Superbufeuri“ (termen inventat de cercetătorii SWAN) care încep să apară la începutul tranziției spre menopauză și continuă mult timp în postmenopauză, 10–11 ani în total, sau chiar mai mult.

Acest lucru înseamnă că există aproximativ 25% șanse ca bufeurile să fie minime sau inexistente, 25% șanse să fie foarte puternice și 50% să fie moderate. Unele femei pot crede că au superbufeuri deși nu au, deoarece atunci când li se cere să își amintească această experiență, ele le raportează mai des decât atunci când aceste informații sunt urmărite zi de zi. Acest tip de distorsiune a memoriei este obișnuit în orice domeniu, nu doar în medicină, așa că este vital să urmărim femeile în timp real pentru a afla ce

relatează. Cu toate că bufeurile pot fi severe când apar, doar 6% dintre femei le au zilnic, în timp ce majoritatea le resimt în doar 30% din timp sau chiar mai rar. Acest lucru nu înseamnă că nu sunt extrem de neplăcute; chiar și atunci când bufeurile sunt frecvente, este mai probabil ca femeile să aibă zile fără bufeuri decât cu bufeuri.

O varietate de factori cresc sau scad riscul apariției simptomelor vasomotorii:

- **RASA.** Femeile afro-americane raportează cea mai lungă durată a bufeurilor – o medie de 11 ani sau mai mult, americancele de origine japoneză și chineză între 5 și 6 ani, iar femeile albe și hispanice se situează între aceste intervale.

- **FACTORII SOCIALI DETERMINANȚI AI SĂNĂTĂȚII** Sărăcia, nivelul de educație precar și experiențele negative din copilărie (ENC, vezi capitolul 1) sunt asociate cu un risc crescut. Experiențele negative din copilărie pot provoca modificări structurale permanente ale creierului, care l-ar putea face mai vulnerabil în procesul care declanșează apariția bufeurilor.

- **FUMATUL.** La femeile care fumează sau au fumat, perioada de bufeuri e mai lungă.

- **SĂNĂTATEA MINTALĂ.** Stresul, depresia și anxietatea cresc riscul.

- **ALCOOLUL.** Consumul redus de alcool poate reduce bufeurile, dar consumul ridicat are efectul opus – un argument în plus pentru dieta mediteraneeană și pentru un pahar de vin roșu pe zi.

- **COFEINA.** Cafeaua, ceaiul și alte băuturi sau alimente care conțin cofeină pot declanșa bufeurile în cazul unora dintre femei.

- **ANXIETATEA.** Femeile cu un nivel ridicat de anxietate sunt mai predispuse la bufeuri. Anxietatea poate să imite bufeurile – multe dintre simptome sunt identice, de exemplu, palpitațiile și transpirația, iar pentru a face lucrurile mai complexe, femeile pot avea stări de anxietate în timpul bufeurilor.

Bufeurile sunt de obicei mai grave după-amiaza și pot fluctua în funcție de anotimp – sunt mai puternice în lunile de vară, deoarece căldura și umiditatea pot fi un factor declanșator. Ține cont de acest lucru când te gândești la necesitatea de a începe sau de a schimba tratamentul – eu am suferit recent o serie îngrozitoare de bufeuri, iar în momentul în care scriu aceste rânduri au trecut mai bine de patru ani de la ultima mea menstruație și patru ani de când urmez

un tratament hormonal al menopauzei. Apoi, mi-am dat seama că explozia mea recentă de bufeuri a început odată cu un val de căldură teribil și prelungit, așa că am decis să fac tot posibilul să rezist și să-mi reevaluez nevoile în timpul iernii. La aproximativ o săptămână după ce a venit vremea rece, bufeurile mele au dispărut.

Bufeurile neobservate și bufeurile false

În cadrul studiilor în care femeile poartă dispozitive care detectează fizic bufeurile, datele subiective – adică ceea ce simte o femeie – nu corespund întotdeauna cu ceea ce este înregistrat. Într-un astfel de studiu, ceva mai mult de jumătate dintre bufeuri au trecut complet neobservate de către femeie – ceea ce înseamnă că, din punct de vedere fiziologic, se producea un bufeu, dar acesta trecea fără să creeze disconfort. Acest lucru contrazice ideea că bufeurile în sine sunt în mod universal supărătoare. Interesant este că, în acest studiu, emoțiile pozitive au fost mai susceptibile de a declanșa bufeuri decât cele negative.

Același studiu ne informează, de asemenea, și despre bufeurile false – sau ceea ce eu numesc „bufeurile fantomă“ –, adică o femeie semnalează că are bufeuri, dar acestea nu se produc fizic – până la 88% dintre femei au avut bufeuri false. (Eu prefer sintagma „bufeuri fantomă“, deoarece „false“ sună peiorativ, iar femeile sunt deja

adesea acuzate că inventează simptome). Este probabil ca bufeurile fantomă să fie declanșate de frustrare și de pierderea sentimentului de control, precum și de exercițiile fizice și de fumat.

Ce înseamnă acest lucru?

Este important să ne amintim că nimic nu este resimțit cu adevărat până când creierul nu îți spune că este resimțit. Emoțiile, starea de spirit și, probabil, chiar și lucrurile care ne așteptăm să se întâmple afectează nivelurile de neurotransmițători, iar astfel de schimbări se pot intensifica, atenua, pot genera sau pot elimina multe senzații, inclusiv pe cele de bufeuri. Aceasta este legătura dintre minte și corp. Este nevoie de mai multe studii pentru a înțelege ce se întâmplă când o femeie crede că are bufeuri, care de fapt nu se produc din punct de vedere fizic. Printre posibilități se numără alte experiențe emoționale care sunt interpretate ca fiind bufeuri din cauză că te aștepți să le ai (ceea ce înseamnă că în urmă cu 20 de ani, înainte de menopauză, aceeași experiență ar fi fost interpretată diferit, deoarece nu te-ai fi așteptat să ai bufeuri) sau creierul chiar semnalează existența bufeurilor, dar pur și simplu nu există un răspuns fizic (nu uita că bufeurile sunt rezultatul unei semnalări anormale) ori pot exista și alte motive.

Este clar că studiile care iau în calcul doar bufeurile pe care le înregistrează femeile în jurnalele lor pot să nu ofere o imagine de ansamblu, deoarece este posibil

ca femeile respective să noteze unele bufeuri fantomă sau să nu fie conștiente de prezența fiziologică a acestora. De asemenea, nu cunoaștem toate implicațiile acestor alte senzații asemănătoare bufeurilor; de exemplu, nu știm dacă bufeurile fantomă sau cele nedetectate cresc riscul apariției bolilor cardiovasculare. Sunt necesare mai multe studii în acest sens.

Sunt adesea întrebată despre noua tehnologie special destinată sănătății femeilor, care include dispozitive, aplicații sau servicii online, dar multe dintre produsele care mi-au fost prezentate până în prezent mi se par lipsite de valoare. Fie este vorba despre o soluție mai scumpă decât intervențiile disponibile în prezent, fie serviciul sau produsul respectiv se bazează doar pe o ipoteză și nu există date care să o susțină, fie pare de-a dreptul stupid. Cu toate acestea, mă întreb cum ar fi dacă ar exista un dispozitiv portabil și ieftin de monitorizare a bufeurilor? Ar putea capacitatea de a detecta cu precizie ceea ce se întâmplă fizic să fie utilă în cadrul unor studii pentru a înțelege implicațiile intervalului de manifestare a bufeurilor și sănătatea cardiacă sau pentru a stabili răspunsul la tratamentul hormonal al menopauzei (THM)? Mă gândesc la seria mea de bufeuri provocate de valul de căldură din timpul verii și mă întreb dacă accesul la o aplicație care să îmi fi urmărit cu precizie bufeurile mi-ar fi permis să știu

că acela era un eveniment obișnuit pentru luna august și, în loc să mă îngrijorez că THM nu mai funcționează, m-ar fi liniștit și mi-ar fi transmis că e un fenomen temporar, chiar dacă unul enervant. Cred, de asemenea, că aplicația ar fi putut să mă informeze că nu există nicio diferență în ceea ce privește frecvența bufeurilor mele, sugerând că simțeam un disconfort mai mare doar pentru că vremea era neobișnuit de caldă. Întrucât îngrijorarea poate exacerba bufeurile, este oare posibil ca această informație să fi redus chiar mai devreme efectul deranjant al bufeurilor mele?

Factorii culturali și genetici

Modul în care treci prin experiențele vasomotorii variază în întreaga lume. Femeile care trăiesc în țări în care menopauza este privită ca o schimbare, iar îmbătrânirea nu este considerată un aspect negativ sunt, în general, mai puțin deranjate de simptome. Poate că lipsa conotațiilor și a atitudinilor sumbre face mai ușoară educarea, precum și normalizarea simptomelor – când femeile știu la ce să se aștepte, ele pot fi mai puțin deranjate de simptome. În mod contrar, când femeile care îmbătrânesc sunt privite cu dispreț de către societate, acest lucru poate face ca fiecare serie de bufeuri să pară un termen de expirare. Poate fi de ajutor să nu simți că te

îndrepți spre coșul de gunoi al societății, având în vedere interacțiunea complexă dintre emoții și neurotransmițători. Alți factori care pot juca un rol sunt dietele regionale, activitatea fizică, clima și accesul la asistență medicală de calitate și la prețuri accesibile.

Genetica poate juca la rândul ei un rol important în modul diferit în care poate fi percepută experiența vasomotorie. Există unele date care sugerează că variațiile unei gene de pe cromozomul 4 ar putea fi asociate cu un risc crescut de producere a bufeurilor – această genă face parte din codul pentru acei neuroni de pe „placa de bază“ despre care am discutat mai devreme și care au un rol dublu atât în reproducere, cât și în controlul temperaturii. Poate că într-o bună zi vom avea un test genetic care să prezică dacă o femeie este mai mult sau mai puțin predispusă la superbufeuri, iar acest lucru ar putea influența ceea ce simt unele femei legat de începerea THM sau de modul în care facem testele de depistare a bolilor de inimă.

Incidența bufeurilor este mai mică în unele țări asiatice, mai ales în Japonia. În anii 1980, dr. Margaret Lock, antropologă, și grupul său de cercetare au descoperit că doar aproximativ 20% dintre japoneze au bufeuri. Principalele teorii care au apărut în urma acestei descoperiri au fost dieta – în special prezența fitoestrogenilor – și așteptările societății. De atunci, folosirea fitoestrogenilor ca tratament – atât din

alimente, cât și din suplimente – s-a dovedit a fi în mare măsură ineficientă în cazul bufeurilor, deși consumul îndelungat al unor alimente bogate în acești compuși ar putea pregăti organismul într-un mod care să le facă mai utile. Diferențele genetice reprezintă o altă posibilitate, deoarece există o probabilitate mai mare ca japonezele să poată metaboliza fitoestrogenul daidzeină[8] în equol, o substanță mai activă. Cu toate acestea, japonezele care consumă mai multă soia nu au mai puține bufeuri, așa că fie există date științifice despre fitoestrogeni pe care încă nu le cunoaștem – în special despre cei din soia –, fie acești compuși au un efect minim.

La momentul studiului realizat de dr. Lock nu exista un termen japonez pentru bufeuri, așa că grupul ei a folosit trei sintagme care păreau să descrie cel mai bine senzația. Un studiu de urmărire realizat de alți cercetători 20 de ani mai târziu a folosit o listă extinsă de termeni pentru a încerca să surprindă senzația bufeurilor, iar la acel moment numărul japonezelor care raportau simptome vasomotorii crescuse. Nu se știe dacă acest lucru este din cauza faptului că noțiunea occidentală de menopauză pătrunsese între timp în cultura japoneză – sintagma „hotto furasshu“, un împrumut din limba engleză al sintagmei „hot flushes“, este acum în uz – sau aceste expresii mai noi surprindeau mai bine ceea ce trăiau femeile. Interesant este că

simptome vasomotorii comune în rândul femeilor din Japonia erau frisoanele.

Antropologa Jan Morgan Zeserson ridică o problemă importantă cu privire la lipsa unui termen japonez pentru „bufeuri“ – nu ar trebui ca o experiență resimțită de aproape 20% dintre femei să aibă o denumire? Ea avansează ipoteza că poate lipsa unui termen sau existența altor motive culturale au făcut ca japonezele să nu discute despre bufeuri, chiar și atunci când au fost întrebate direct de către cercetători. De-atunci, cercetătorii au abordat această întrebare, comparând experiența bufeurilor la femeile de origine japoneză cu cea a femeilor de origine europeană care trăiesc în Hawaii. Mai întâi, femeile au trimis prin poștă răspunsurile la chestionarele referitoare la experiențele lor vasomotorii, iar apoi li s-au înregistrat bufeurile timp de 24 de ore prin intermediul unui echipament de monitorizare portabil, astfel încât să existe date obiective. În urma sondajului, 26% dintre americancele de origine japoneză au declarat că au avut bufeuri, comparativ cu 47% dintre americancele de origine europeană. Cu toate acestea, când femeile au fost monitorizate, numărul bufeurilor a fost același în ambele grupuri. Așadar, factorii culturali pot afecta ceea ce sunt dispuse să declare unele femei sau ceea ce simt, iar asta înseamnă că bufeurile se pot produce, dar în funcție de o varietate de factori, ele nu sunt la fel de deranjante în toate cazurile.

Este important să se stabilească dacă femeile din anumite culturi sau țări au cu adevărat mai puține simptome vasomotorii, dacă au simptome, dar nu sunt deranjate de ele, sau dacă au bufeuri și transpirații nocturne și există bariere culturale care le împiedică să declare această experiență – chiar și în cadrul unui studiu medical. Ceea ce reținem eu de aici este că, în lipsa unei monitorizări obiective a simptomelor, studiile care raportează niveluri diferite în privința apariției bufeurilor în funcție de cultură sau etnie pot conduce la o raportare insuficientă pentru unele grupuri. În plus, trebuie să înțelegem mai bine ce se întâmplă de fapt atunci când femeile simt că au bufeuri, dar din punct de vedere fizic nu le au, și când chiar le au, dar trec neobservate.

Greutatea corporală și bufeurile

Discriminarea medicilor față de persoanele obeze a făcut ca multe femei cu bufeuri și transpirații nocturne să fie neluate în seamă. „Dacă ați mai slăbi“ nu constituie un tratament medical adecvat și nici un semn de compasiune, iar insinuarea oribilă este că unele femei își merită simptomele.

Relația dintre greutate și simptomele vasomotorii este complexă. Unii cercetători au sugerat că estrogenul produs de țesutul adipos ar putea juca un rol protector, în timp ce alții au avansat ipoteza că el ar putea acționa ca o izolație, îngreunând disiparea

căldurii de către organism. Gândindu-ne din nou la cele patru tipare de bufeuri pe care le-am discutat mai devreme, este mai probabil ca femeile supraponderale să facă parte din grupul care are bufeuri mai devreme și au mai puține șanse să continue să le aibă pentru perioade lungi după ultima menstruație. Dar dacă izolarea excesivă a țesutului adipos ar fi realmente un mecanism, atunci nu ar trebui să existe un tipar cu mai puține bufeuri după menopauză.

Mai multe studii au abordat pierderea în greutate și, deși rezultatele nu sunt consistente, ar putea fi benefică, deși femeilor ar trebui să li se ofere tratament pentru simptomele vasomotorii indiferent de greutate sau de circumferința taliei. Studiul Women's Health Initiative (un studiu de amploare care a analizat THM, vezi capitolul 17) a cuprins un segment de schimbare nutrițională, iar femeile care au pierdut în greutate aveau șanse să aibă mai puține bufeuri. Chiar și o pierdere în greutate de 4,5 kilograme a adus unele beneficii. Nu se știe dacă acest lucru este un efect direct al pierderii în greutate sau dacă pierderea în greutate poate ameliora alte afecțiuni medicale, influențând în mod indirect bufeurile.

Bufeurile și transpirațiile nocturne sunt provocate de altceva?

Cu toate că în preajma vârstei de 50 de ani și după bufeurile sau transpirațiile nocturne sunt urmarea probabilă a menopauzei, mai ales dacă menstruațiile sunt neregulate sau au încetat, ar putea exista și alte cauze. La femei, pot apărea două evenimente medicale care converg. Cu cât o femeie este mai tânără atunci când apar bufeurile și transpirațiile nocturne, cu atât mai multă atenție trebuie acordată excluderii altor cauze. De asemenea, dacă tratamentul pentru simptomele vasomotorii este ineficient, aceste alte cauze trebuie luate în considerare sau reanalizate.

Unele dintre cele mai frecvente afecțiuni care cauzează bufeuri și/sau transpirații nocturne sunt următoarele:

- Boli ale tiroidei;
- Diabet;
- Apnee în somn, care cauzează mai ales transpirații nocturne (vezi capitolul 16);
- Anxietate;
- Consumul excesiv de alcool;
- Unele efecte secundare ale medicamentelor, inclusiv ale suplimentelor;
- Cancerul;

- Tuberculoza.

Tratarea bufeurilor și a transpirațiilor nocturne

Tratarea bufeurilor este adesea neglijată, un lucru deloc acceptabil. Deși nu sunt periculoase în mod direct, ele pot afecta drastic calitatea vieții multor femei. Când bufeurile și transpirațiile nocturne sunt netratate, cheltuielile legate de asistența medicală sunt mai mari, iar femeile au tendința să lipsească de la serviciu. Multe femei nu sunt luate în seamă în timpul tranziției spre menopauză, din convingerea greșită că bufeurile nu încep până la menopauză. Pentru altele, opțiunile medicale sunt prezentate într-un mod care le amplifică în mod fals efectele secundare și riscurile.

Multe cărți sau materiale despre menopauză încep sfătuindu-le pe femei să se îmbrace în straturi și să aibă un evantai (ca o curtezană, bănuiesc?!) înainte de a începe orice tratament pentru ameliorarea bufeurilor. Aceste idei nu au fost niciodată testate, dar majoritatea oamenilor știu că, dacă le este cald, îndepărtarea unui strat sau două de haine ajută. De asemenea, cu ajutorul straturilor, femeile pot face lucruri cum ar fi să-și dea jos jacheta sau puloverul înainte de a urca scările (sau alte activități care provoacă încălzirea), reducând procesele care ar putea declanșa bufeurile.

Petrec mult timp înainte de a mă îmbrăca informându-mă despre temperatura prognozată și dacă va exista aer condiționat în locul în care merg, deoarece o ușoară supraîncălzire poate declanșa o serie de bufeuri. Mi se pare de ajutor să port cămăși și rochii cu mâneci scurte, iar vara am adesea părul prins într-un coc sau într-o coadă de cal, astfel încât să nu am senzația că port un guler de blană în jurul gâtului. Sincer, nu știu dacă acest lucru mă face să am mai puține bufeuri sau dacă atunci când e cald afară sunt mai puțin deranjată pentru că sunt mai puține lucruri care îmi ating pielea și m-ar putea irita. Sunt neliniștită când port o rochie frumoasă, specială, de catifea, cu mânecă lungă, pentru că atunci când mă apucă bufeurile, dorința de a da ceva jos este destul de puternică. Adesea mă trezesc dându-mi jos primul strat de îmbrăcăminte înainte de a sesiza cu adevărat senzația de căldură. Designerii ar trebui să țină cont cu adevărat de simptomele vasomotorii. Deoarece unul dintre obiectivele tratamentului împotriva bufeurilor și transpirațiilor nocturne este de a diminua disconfortul pe care ele îl provoacă, este minunat dacă ai un disconfort mai mic pur și simplu îmbrăcându-te diferit. Este în regulă și dacă nu se întâmplă asta. Sunt bombardată zilnic cu reclame pe Instagram despre haine realizate din țesături cu tehnologie specială de răcire. Nu este surprinzător, având în vedere istoricul meu de navigare pe internet,

dar nu există informații care să arate că o femeie va avea parte de mai puține bufeuri sau transpirații nocturne dacă poartă anumite pijamale sau lenjerie intimă. Dacă o femeie consideră că un anumit material i se pare răcoros atunci când îl poartă, atunci s-ar putea să o ajute, iar faptul că se simte pregătită din punct de vedere vestimentar poate reduce stresul. Am cumpărat o pijama din mătase de la o anumită companie pentru a o încerca. Informațiile furnizate de producător nu m-au convins, dar ideea de mătase care se poate spăla, da. În plus, bluza are o fantă mare de aerisire în spate, iar acest element de design mi s-a părut bine gândit pentru o femeie cu simptome vasomotorii. Nu sunt sigură dacă pijamaua a schimbat situația, dar se simte răcoroasă pe piele, este drăguță și confortabilă, iar mie îmi place să o port.

Opțiunile nemedicamentoase

Terapia cognitiv-comportamentală sau TCC implică valorificarea conexiunii între minte și corp. Acest lucru nu înseamnă că bufeurile sunt inventate sau că sunt doar „în capul nostru“; bufeurile pot avea însă un impact asupra stării noastre, lucru care se poate întâmpla și invers, deoarece aceiași neurotransmițători care direcționează gândurile și comportamentele pot avea un impact și asupra bufeurilor. În cazul bufeurilor, TCC implică educația cu privire la

ceea ce se întâmplă din punct de vedere medical, precum și la dobândirea anumitor abilități care să ajute la înlocuirea oricăror convingeri negative cu unele mai optimiste sau cel puțin corecte și obiective. De exemplu, în cazul bufeurilor, aș putea gândi: „Creierul meu pare o anticameră a iadului“ și „Asta nu se va termina niciodată“. Aceste gânduri negative reprezintă niște deformări cognitive, ceea ce înseamnă că par exacte (adică, par *cu adevărat* exacte) și poate chiar raționale, dar pun prea mult accent pe partea negativă. Aceste gânduri le fac în cele din urmă pe femei să se simtă și mai rău, ceea ce poate face ca bufeurile să fie și mai deranjante. Aceste gânduri negative pot consolida anumite părți ale creierului implicate în transmiterea de mesaje despre bufeuri, crescând de fapt riscul sau intensitatea bufeurilor.

În cazul TCC, un obiectiv este de a învăța să înlocuiești deformările cognitive cu ceva corect. De exemplu, „Acțiunea asta va dura între două și patru minute; acesta este timpul de care am nevoie pentru a mă spăla pe dinți“. Dar pentru asta ai nevoie de exercițiu. TCC este de obicei combinată cu o respirație lentă și profundă pentru a încetini ritmul cardiac și a scădea tensiunea arterială, diminuând unele dintre schimbările fizice ale reacției la stres. Nu se știe dacă TCC oprește fizic căldurile sau dacă doar afectează percepția creierului. Indiferent de variantă, studiile privind TCC arată că ea poate determina modificări la nivelul

creierului care sunt vizibile cu ajutorul investigațiilor imagistice. Când este predată de un psiholog clinician sau când este autodirijată acasă, TCC poate ajuta multe femei care suferă de bufeuri. Când simt că vin bufeurile, fac tot posibilul să mă opresc, să respir încet și profund de trei ori și să-mi spun: „Oamenii nu ar fi putut evolua până în acest punct fără puterea femeilor aflate la menopauză."

O altă terapie minte–corp care s-a dovedit a fi eficientă în reducerea senzației de fierbințeală este hipnoza clinică, care implică atingerea unei stări de relaxare foarte profundă prin lucrul cu un specialist în hipnoză, completată de exercițiile la domiciliu.

Opțiunile nemedicamentoase care nu s-au dovedit a fi eficiente sunt exercițiile fizice (dar care sunt totuși bune pentru tine!), schimbarea dietei pentru a crește cantitatea de fitoestrogeni (vezi capitolul 19), purtarea unui magnet pe piele și respirația ritmată. Respirația ritmată înseamnă să-ți propui să ajungi la un interval de 15 minute în care încetinești respirația până la un număr de 5–7 respirații pe minut (un ritm respirator tipic este de 12 până la 16 respirații/minut) de două ori pe zi, precum și la începutul fiecărei serii de bufeuri. Chiar dacă datele cu privire la respirația ritmată ar fi corecte, pur și simplu nu este practic să faci o pauză de respirație de 15 minute la începutul fiecărei serii de bufeuri – pentru femeile care au

zece serii de bufeuri pe zi, asta ar însemna trei ore de respirație ritmată.

Acupunctura nu s-a dovedit a fi eficientă în studiile clinice în care a fost folosit un grup de comparație fictiv sau placebo. Chiar dacă unele femei declară că se simt mai bine, acest lucru se poate datora faptului că acupunctura nu înseamnă doar ace, ci și un specialist atent, iar studiile ne spun că acest tip de prezență ne poate face să ne simțim mai bine. Atâta timp cât femeile sunt informate cu privire la datele științifice, dacă această opțiune le face să se simtă mai bine, este corpul lor și alegerea lor.

Hormonii farmaceutici

Tratamentul standard pentru simptomele vasomotorii este tratamentul hormonal al menopauzei sau THM, iar estrogenul este cel care are cel mai mare efect (femeile cu uter vor avea nevoie și de progestogen). THM și diferitele tipuri de progestogeni sunt prezentate în detaliu în capitolele 17 și 18. În general, recomandările sunt de a începe cu cea mai mică doză de tratament care poate ameliora simptomele.

Doze foarte mici, precum un plasture cu 0,014 mcg de estradiol, s-au dovedit a fi utile în cazul unora dintre femei, dar majoritatea au nevoie de echivalentul unei doze zilnice de 0,025 mcg. Pentru femeile care nu pot recurge la tratamentul administrat pe cale transdermică, echivalentul de estradiol oral

este de 0,5 mg și 0,3–0,45 mg de estrogeni ecvini conjugați (EEC). Estradiolul și EEC sunt la fel de eficienți (vezi capitolul 17 pentru mai multe informații despre acești doi hormoni). De obicei, este nevoie de cel puțin șase săptămâni pentru a observa o ameliorare substanțială, ceea ce reprezintă o dovadă în plus că nu este vorba despre nivelurile de estrogen în sine, deoarece acestea sunt ridicate în primele 24 de ore de la începerea tratamentului.

Progestogenii, în special progestinele, în doza tipică utilizată în THM, pot spori efectele unei doze mici de estrogen. Acești hormoni pot fi o opțiune pentru unele femei când estrogenul nu se află pe lista de alegeri; de exemplu, când estrogenul, chiar și în doze foarte mici, provoacă migrene sau alte efecte secundare ori pentru femeile cu antecedente de cancer endometrial, în cazul în care oncologul le recomandă să nu folosească estrogeni. Progesteronul administrat pe cale orală într-o doză de 300 mg pe zi (o doză mai mare decât cea utilizată de obicei în THM) poate ajuta, de asemenea, femeile care au bufeuri sau tulburări de somn. Din nefericire, atât estrogenii, cât și progestogenii sunt contraindicați femeilor cu antecedente de cancer de sân.

Medicamente fără hormoni

Când este vorba despre tratamentul medical împotriva simptomelor vasomotorii, oamenii se gândesc doar la hormoni, dar există o gamă largă de medicamente eficiente, fără hormoni, care se eliberează pe bază de rețetă. Unele femei și unii medici se pot crampona de potențialele efecte secundare fără a da o șansă acestor tratamente. Dar studiile ne spun că aceste variante sunt în general bine tolerate. Nu uita că nu este ca și cum te-ai căsători cu acel medicament; un tratament poate fi întrerupt cu ușurință dacă nu oferă un beneficiu net pentru calitatea vieții. Medicamentele fără hormoni includ:

- **ANTIDEPRESIVELE.** Folosirea unui antidepresiv în cazul bufeurilor nu înseamnă că o femeie este deprimată sau că bufeurile ei sunt imaginare, ci că schimbările chimice care duc la apariția bufeurilor par să implice mulți dintre aceiași neurotransmițători ca în cazul depresiei. Mesilatul de paroxetină (Brisdelle) de 7,5 mg și clorhidratul de paroxetină (Paxil) de 10–20 mg (o cantitate mai mare de 12,5 mg poate provoca mai multe efecte secundare fără a aduce beneficii suplimentare de luat în seamă) pot fi foarte utile în cazul bufeurilor și, de asemenea, reduc episoadele de treziri pe

timpul nopții cauzate de transpirațiile nocturne – un bonus sigur. Nu este clar dacă există o diferență semnificativă, în afară de cost, între mesilatul de paroxetină și clorhidrat. Alte antidepresive utile pentru ameliorarea bufeurilor sunt citalopramul (Celexa) de 10–20 mg/zi, escitalopramul (Lexapro) de 10–20 mg/zi și venlafaxina (Effexor) de 75 mg/zi. Din punct de vedere al costurilor, cea mai eficientă metodă este de a începe cu un medicament generic, atunci când este disponibil, în cazul oricăruia dintre aceste medicamente. În general, merită să începi cu cea mai mică doză și să aștepți 6 până la 12 săptămâni înainte de a crește doza, dacă este necesar. Unele dintre aceste medicamente pot afecta libidoul, pot îngreuna atingerea orgasmului sau îl pot inhiba complet (acest lucru este reversibil), deci e un aspect la care trebuie să fii atentă. Consultă capitolul 15 pentru informații suplimentare.

- **MEDICAMENTELE ANTIEPILEPTICE.** Unele medicamente care previn convulsiile sunt utile și în cazul simptomelor vasomotorii. Există un volum mare de informații

despre Gabapentin, un medicament generic care există de zeci de ani. Doza este de obicei de 300 mg seara și poate fi crescută, dacă este necesar, la 300 mg de trei ori pe zi. Este o doză mică pentru acest medicament, iar doza poate fi crescută dacă este necesar până la 2 400 mg pe zi. Gabapentina este utilă în special în cazul femeilor cu tulburări ale somnului ca urmare a transpirațiilor nocturne. Efectele secundare (inclusiv cele sexuale) ale gabapentinei sunt neobișnuite pentru dozele cuprinse între 300 și 900 mg pe zi, un dozaj care poate fi destul de eficient – în activitatea mea, am avut mult succes cu doze mici de gabapentină. La doze mai mari pot apărea sedarea, durerile de cap, amețelile și umflarea picioarelor. Cealaltă opțiune este pregabalina (Lyrica), care seamănă pe alocuri cu gabapentina, deși este mai scumpă și în Statele Unite este o substanță listată – ceea ce înseamnă că este necesară o rețetă specială, așa cum se procedează în cazul opioidelor. Pregabalina poate fi uneori utilă când te îngrijorează anxietatea. Femeile care nu pot tolera

gabapentina din cauza amețelii sau a altor efecte secundare pot trece mai ușor peste efectele secundare cu pregabalină.

- **CLONIDINA.** Este un medicament pentru tensiunea arterială care le poate ajuta pe unele femei care suferă de bufeuri, dar este mai puțin eficientă decât estrogenul și alte tratamente fără hormoni eliberate pe bază de rețetă. Pot fi necesare până la trei luni de utilizare pentru a simți un efect. Efectele secundare pot include senzația de amețeală, de gură uscată și constipația.

Opțiuni cu plante medicinale

În general, aceste produse sunt insuficient studiate, iar unele nici nu au fost evaluate în mod oficial. Multe dintre studiile existente suferă de ceea ce în medicină numim vicii metodologice – ceea ce înseamnă că structura studiului este deficitară și că nu este posibil să se ajungă la concluzii. Adesea, numărul femeilor incluse în studiu este prea mic pentru a fi semnificativ sau simptomele vasomotorii nu sunt înregistrate folosind tehnici standardizate, ori nu există un grup de control, astfel încât nu este posibilă distincția între efectul adevărat și cel placebo. Mulți se întreabă de ce să nu recomandăm un placebo, ce rău ar putea

face? Nu este etic ca medicii să recomande un placebo și, lăsând la o parte fățărnicia, aceste tratamente sunt mai puțin eficiente decât se crede, iar efectul placebo este de obicei temporar.

O altă problemă legată de aceste produse este contaminarea cu hormoni și antidepresive – adică medicații care *chiar* tratează bufeurile. Femeile sunt astfel expuse, fără să știe, la medicamente care ar putea prezenta riscuri în cazul lor. Suplimentele sunt, de asemenea, o cauză tot mai frecventă a insuficienței hepatice și a altor complicații medicale grave, fie din cauza substanței reale din produs, fie din cauza impurităților (vezi capitolul 22 pentru mai multe informații). Iată câteva dintre cele mai comune terapii cu plante medicinale utilizate adesea pentru simptomele vasomotorii și ce se cunoaște despre ele:

- **COHOȘUL NEGRU.** Cunoscut sub denumirea științifică *Actaea racemosa*, cohoșul negru este o plantă originară din estul Americii de Nord. Indigenii nord-americani îi foloseau inițial rădăcinile și tulpinile pentru a ușura travaliul și într-o mulțime de boli, deși nu a fost niciodată o terapie tradițională împotriva bufeurilor. Această plantă a intrat în enciclopedia remediilor populare americane în secolul al XIX-lea. Studiile nu arată niciun beneficiu

asociat cohoșului negru față de placebo și există unele raportări de afectare a ficatului. Un studiu a arătat că 25% dintre cele 35 de suplimente cu cohoș negru din America nu conțineau deloc cohoș negru. Imaginează-ți ce scandal ar fi fost dacă 25% din totalul rețetelor de antibiotice nu ar fi conținut niciun antibiotic. Cercetătorii au făcut acest studiu deoarece se întrebau dacă unele dintre declarațiile privind efectele nocive ale cohoșului negru erau legate de contaminarea accidentală, în timpul recoltării, cu rădăcini și tulpini de plante cu aspect asemănător, cu toxicitate cunoscută. Cohoșul negru contrafăcut conținea plante originare din Asia, ceea ce înseamnă că acestea nu fuseseră recoltate accidental împreună cu cohoșul negru din America de Nord, ci schimbarea fusese probabil deliberată. Având în vedere că cea mai mare parte a informațiilor nu indică niciun beneficiu și că 25% dintre suplimente nici măcar nu conțin cohoș negru, îți recomand să renunți la el.

- **CANABISUL.** Nu există prea multe date, cu excepția unui studiu care

urmează să fie publicat și care afirmă că 27% dintre femei au încercat canabisul pentru ameliorarea simptomelor, față de 19% care au încercat THM. Este un studiu de mică amploare și a inclus doar femei vârstnice, așa că nu e clar dacă reflectă populația generală sau nu. Cel puțin acum, în anul 2020, nu există date fiabile privind eficacitatea canabisului în simptomele vasomotorii. Canabisul este un perturbator endocrin, deci există potențialul de a produce efecte, dar n-ar trebui să presupunem că este benefic. Este nevoie de mai multe cercetări înainte de a-l recomanda. Canabisul face parte din folclorului medical. De exemplu, există mitul conform căruia regina Victoria a folosit canabis pentru durerile menstruale. În realitate, nu a făcut-o. Acest mit a apărut în anii 1990. În cartea sa despre menopauză din secolul al XIX-lea, dr. Tilt (l-ai întâlnit în capitolul 2) a recomandat hașișul nu pentru a trata bufeurile, ci mai degrabă pentru a liniști femeile aflate la menopauză „împinse în pragul nebuniei de excitația ovariano-uterină". (Ca o parantează, mă întreb mereu dacă nu cumva

aceste femei care se presupune că erau supraexcitate erau cele care încă doreau să facă sex și care nu mai trebuiau să-și mai facă griji că vor rămâne însărcinate, dar soții lor își pierduseră apetitul sexual sau aveau disfuncții erectile. La urma urmei, lipsa sexului într-un cuplu heterosexual este adesea din cauza bărbatului.) Dr. Tilt credea despre canabis că este un anafrodiziac (diminuează apetitul sexual) pe baza observației că provoacă impotență la bărbați (canabisul este asociat cu un risc crescut de disfuncție erectilă).

- **EXTRACTUL DIN POLEN.** În Statele Unite, acesta este un produs numit relizen, vândut sub mai multe denumiri comerciale, care se presupune că are proprietăți antioxidante și antiinflamatorii. Există un singur studiu de dimensiuni reduse care l-a comparat cu placebo, iar după trei luni de administrare s-a observat o ameliorare semnificativă a simptomelor vasomotorii. Nu a existat o monitorizare pe termen lung. Un singur studiu pe termen scurt nu este o bază prea solidă, dar unele femei și-ar putea dori să îl încerce.

- **HOMEOPATIA.** Principiul de bază este acela că o cantitate foarte diluată dintr-o substanță similară într-un anumit fel cu afecțiunea de bază este o terapie eficientă. Homeopații susțin că substanța originală este diluată atât de mult încât apa își păstrează memoria, iar memoria substanței originale este cea care se presupune că face ca remediul să fie eficient. De exemplu, cantități infime de *Candida* pentru infecțiile cu levuri sau lachesis pentru menopauză. Ce este lachesis? Venin de viperă diluat. Nu sunt pe deplin sigură în ce fel veninul viperei *seamănă* cu menopauza. Sunt tot felul de glume proaste în acest caz, toate pe seama femeilor. Homeopatia este o pseudoștiință, iar principiul diluției nu este în concordanță cu legile științifice cunoscute ale universului. Categoric nu recomand aceste tratamente.

- **SUPLIMENTELE CU FITOESTROGENI.** Aceste produse conțin o varietate de izoflavone sau alți fitoestrogeni. Produsele care au în componența lor soia, trifoi roșu, semințe de in și hamei se încadrează în această categorie. Cele mai populare produse pretind că au niveluri ridicate de

genisteină și/sau daidzeină sau metabolitul equol. Dintre toate terapiile botanice, suplimentele cu soia sunt cele mai testate. Un singur produs, S-equol, ar putea avea beneficii ușoare pentru unele femei; în rest, nu există dovezi concludente că vreunul dintre aceste produse este eficient, deși par sigure.

- **VITAMINA E.** Dozele zilnice de 400 până la 800 UI (unități internaționale) au rezultate mixte în cazul simptomelor vasomotorii. Dacă există vreun beneficiu, acesta este în cel mai bun caz moderat. Dozele de 400 UI pe zi sau mai mult sunt, de asemenea, asociate unui risc crescut de deces, deci vitamina E are un mare „nu" în față.

- **DONG QUAI.** Aceasta este rădăcina uscată a plantei *Angelica sinensis* și se găsește în mod obișnuit în medicina tradițională chineză. Dong quai nu este eficientă împotriva bufeurilor sau a transpirațiilor nocturne și există unele îngrijorări legate de interacțiunile potențial periculoase cu medicamentele anticoagulante, precum și unele probleme

neelucidate privind un risc crescut de apariție a cancerului.

- **ULEIUL DE LUMINIȚA NOPȚII.** Acest ulei este extras din semințele luminiței nopții sau *Oenothera biennis*. A fost folosit în multe remedii împotriva simptomelor ginecologice, de la sindromul premenstrual la durerile sânilor și bufeuri. În ciuda utilizării sale pe scară largă, nu există informații care să-i susțină eficacitatea.

Cercetările noi

Există cercetări care analizează substanța cu numele de fezolinetant, care are capacitatea de a liniști nervii hiperactivi din punct de vedere al temperaturii, fără influența estrogenului. Studiile preliminare par foarte promițătoare – o diminuare cu 80% a bufeurilor. Așteaptă-te să apară în curând mai multe informații despre acest tratament.

DE REȚINUT

- Simptomele vasomotorii afectează 80% dintre femei și se declanșează adesea cu ani buni înainte de menopauză. Durata lor medie este de șapte ani, iar în cazul multor femei acestea pot persista mult timp după menopauză.
- Estrogenul este cel mai eficient tratament pentru simptomele vasomotorii.

- Cele mai eficiente opțiuni nemedicamentoase sunt TCC și hipnoza; acupunctura este ineficientă.

- Există mai multe tratamente fără hormoni: mesilatul și clorhidratul de paroxetină, escitalopramul și gabapentina în doze mici par a fi cele mai eficiente și au cele mai favorabile profiluri ale efectelor secundare.

- Suplimentele cu fitoestrogeni și cohoș negru, două dintre cele mai populare terapii cu plante, nu s-au dovedit a fi eficiente în studii.

CAPITOLUL 10

Haosul menstrual

Sângerările anormale și ce să faci în privința lor

Modificările sângerărilor – atât în ceea ce privește volumul, cât și regularitatea – constituie o experiență universală care conduce la ultima menstruație. S-ar putea să nu pară normal, mai ales pentru femeile care au avut menstruații regulate până în acest moment al vieții lor, dar este ceva tipic. Atât de tipic, încât neregularitatea menstruațiilor este unul dintre semnele medicale care indică faptul că se apropie ultima menstruație (vezi capitolul 3).

Din punct de vedere medical, sângerările anormale contează din mai multe motive. Ele pot fi un semnal de avertizare în cazul altor probleme medicale, cum ar fi cancerul endometrial (cancerul mucoasei uterine) și afecțiunile tiroidiene. Volumul de sânge

pierdut din cauza sângerărilor anormale poate fi îngrijorător din punct de vedere medical.

Există, de asemenea, impactul asupra calității vieții, care nu trebuie niciodată subestimat. Nu e nevoie să distrugi prea multă lenjerie intimă înainte de a fi la pământ cu psihicul. Orice persoană care minimizează importanța uzurii mintale continue cauzate de sângerările neregulate ar trebui să fie obligată să poarte măcar vreo doi *ani* un dispozitiv atașat pe pelvis, prin care să se scurgă sânge, intermitent, și abia apoi să vină să mă întrebe dacă este într-adevăr *atât* de rău.

Unele femei pot avea doar câteva menstruații absente sau pot avea doar una sau două menstruații mai abundente. Altele au numeroase sângerări neregulate, însă nu li se mai par problematice odată ce știu că experiența lor este tipică și că leziunile precanceroase și cancerul au fost eliminate ca posibile cauze. Multe femei doresc un tratament pentru că sângerările sunt deranjante, iar altele pot avea nevoie de tratament pentru că sunt îngrijorătoare din punct de vedere medical. Reacțiile femeilor când se confruntă cu sângerările sunt la fel de diverse precum tiparele de sângerare din perioada de tranziție spre menopauză.

Nu ai cum să diagnostichezi cauza sângerărilor anormale ale unei femei fără să stai de vorbă cu ea și să-i asculți istoricul medical, fără să faci un examen fizic și poate chiar să îi recomanzi unele teste.

Scopul acestui capitol este de a trece în revistă tiparele de sângerare și motivele pentru care se produc, ce trebuie să ne îngrijoreze și de ce, și de a explica testele și tratamentele obișnuite, astfel încât femeile să poată înțelege ce se întâmplă cu corpul lor și să se simtă încurajate să ceară singure să se ia măsurile necesare.

Sângerările menstruale anormale – ce înseamnă ele, mai exact?

Sângerările menstruale sunt considerate anormale atunci când nu urmează un tipar regulat sau sunt prea abundente. Un tipar obișnuit de sângerare este o menstruație la fiecare 24 până la 38 de zile, de la începutul unui ciclu menstrual până la prima zi de sângerare din ciclul următor. Un tipar de sângerare anormal poate fi un ciclu neregulat, ceea ce înseamnă o diferență de mai mult de șapte zile de la un ciclu la altul; de exemplu, un interval de 25 de zile între prima zi a menstruației pentru un ciclu este urmat de unul de 37 de zile pentru următorul ciclu. Alte tipare anormale de sângerare includ menstruațiile frecvente (la 23 de zile sau mai puțin), un interval lung între menstruații (mai mult de 38 de zile), absența menstruațiilor, sângerări bruște între menstruații (sângerări intermenstruale) și sângerări după sex (sângerări postcoitale).

Din punct de vedere al volumului, o menstruație normală înseamnă pierderea

între 30 și 80 de mililitri de sânge – știu, adesea pare mult mai mult. Măsurarea precisă a pierderilor de sânge menstrual nu este practică din motive evidente, așa că pierderile de sânge sunt considerate abundente în următoarele situații:

- Scurgerea prin produsele menstruale suficient de abundentă încât să îmbibe hainele sau așternutul;
- Necesitatea de a schimba un produs menstrual îmbibat la fiecare oră timp de mai multe ore;
- Cheaguri mai mari decât o monedă;
- Sângerare mai lungă de șapte zile.

Am întrebat multe paciente dacă au menstruații abundente și am primit un răspuns negativ, dar când le-am întrebat dacă li se pătează hainele sau dacă au hemoragie, mi-au răspuns că da. Acest lucru nu înseamnă că ele nu sunt conștiente de propriul corp; o asemenea sângerare abundentă este tipică acelei femei și îngrijorărilor ei cu privire la nivelul de sângerare care au fost anterior respinse în mod eronat de către un medic sau un părinte. Personal, prefer cuvântul „șuvoi“ pentru a descrie menstruațiile abundente, deoarece se pare că majoritatea femeilor înțeleg că asta înseamnă că li se îmbibă hainele cu sânge sau că sunt pe punctul de

a suferi un IMC – un incident menstrual critic.

Cantitatea de sânge pierdută la fiecare menstruație crește adesea în timpul tranziției spre menopauză, ceea ce este o surpriză pentru unele femei. Rușinea de natură culturală pe care femeile sunt nevoite să o îndure în legătură cu menstruațiile abundente le împiedică adesea să discute cu alte femei despre experiențele lor și, mult prea des, cadrele medicale nu reușesc să le informeze la ce să se aștepte sau resping ceea ce li se relatează. Să le faci pe femei să simtă că trupul lor este defect și că sunt singurele care au o menstruație abundentă, deși este un fapt des întâlnit, este o formă de opresiune.

Îmi amintesc că înainte să împlinesc 50 de ani eram într-un club de noapte și m-am trezit din senin că mi-a venit menstruația. M-am dus la toaletă și i-am cerut un tampon unei femei care părea cu vreo 20 de ani mai tânără. Foarte amabilă, ea mi-a întins un tampon de mărime normală. M-am străduit să nu râd de cât de mic părea, căci cum putea el face față menstruației mele abundente și mature? Dar am zâmbit la rândul meu, pentru că asta arăta că, probabil, tânăra credea că sunt mult mai tânără. La vârsta de 47 de ani, mottoul meu era „Alege tampoane uriașe sau las-o baltă!“. Am profitat de ocazie pentru a le explica acestei tinere și prietenelor sale despre menstruația mai abundentă care apare în

preajma vârstei de 50 de ani, iar ele au făcut ochii mari.

Nu ar trebui să existe sângerări uterine după menopauză, astfel încât toate sângerările care apar după ultima menstruație sunt considerate anormale. Când menstruațiile sunt foarte neregulate, așa cum se întâmplă frecvent în tranziția spre menopauză, putem confunda ușor sângerarea de după menopauză cu o altă menstruație neregulată, întârziată. Acest lucru este valabil mai ales în cazul femeilor cu afecțiuni medicale care afectează ovulația, cum ar fi sindromul ovarelor polichistice sau SOP, la unele dintre ele putând trece de obicei opt luni sau mai mult între menstruații. De asemenea, nu toate femeile își urmăresc menstruația în timpul tranziției spre menopauză. Nici măcar ginecologele. Să fi fost ultima menstruație acum 7 luni, acum 13 luni sau acum 19 luni? Hm, poate? În situațiile în care momentul ultimei menstruații nu este clar, este întotdeauna mai bine să se dea dovadă de prudență și să se trateze sângerarea ca fiind anormală, deoarece un cancer în stadiu precanceros sau un cancer nedepistat ar fi devastator.

Cancerul endometrial

Acesta este un cancer al mucoasei uterine. Deși este mai frecvent după menopauză, ar trebui să fie întotdeauna luat în considerare

ca o cauză potențială a sângerărilor uterine anormale în timpul tranziției spre menopauză. Există mai multe tipuri de cancer endometrial, dintre care cel mai frecvent este carcinomul endometrioid. Atunci când este depistat la timp, acest tip de cancer are un procentaj de supraviețuire de 90%. Unii factori care cresc riscul de apariție a cancerului endometrial sunt legați de expunerea crescută la estrogeni, cu un progestogen (progesteron sau progestin) insuficient pentru a contracara acest efect. Acesta este motivul pentru care administrarea de estrogen în THM fără un progestogen adecvat (vezi capitolul 17) și obezitatea (un indice de masă corporală sau IMC de 30 sau mai mare) sunt asociate acestui cancer. Alți factori de risc includ diabetul de tip 2, medicamentul Tamoxifen (vezi capitolul 5) și factorii genetici. Contracepția hormonală – inclusiv DIU[9] cu levonorgestrel – scade riscul.

Această legătură între obezitate și cancerul endometrial există deoarece țesutul adipos produce estrogen prin intermediul enzimei aromatază (vezi capitolul 3), deci cu cât IMC este mai mare, cu atât se produce mai mult estrogen. Pentru fiecare creștere de 5 unități a IMC, riscul apariției cancerului endometrial crește cu aproximativ 50%. Este important ca femeile să cunoască această legătură între obezitate și cancerul endometrial la fel cum cele cu antecedente familiale de

osteoporoză ar trebui să știe despre riscul lor crescut – cunoașterea le permite femeilor să facă alegeri informate. Din nefericire, doar aproximativ 50% dintre femei sunt conștiente de legătura dintre obezitate și cancerul endometrial, și din această cauză s-ar putea să nu solicite testarea în cazul în care au sângerări anormale sau un tratament (progestogeni) pentru a-și reduce riscul. Dar dacă știu despre această legătură, unele femei ar putea chiar încerca să slăbească, ceea ce poate fi, de asemenea, util. Se pare că mulți medici ezită să discute despre această legătură. Într-un studiu efectuat pe femei cu cancer endometrial, doar 30% fuseseră informate de către medicul lor despre legătura dintre acest tip de cancer și obezitate. Conversațiile despre greutatea corporală pot fi dificile, dar se pare că femeile fie nu primesc nicio informație, fie sunt făcute să se rușineze din cauza kilogramelor în plus, iar niciuna dintre aceste variante nu este de acceptat.

O ecografie poate fi utilă pentru a exclude cancerul endometrial la femeile care au sângerări după ultima menstruație, dar din acest motiv nu este utilă înainte de menopauză. Și asta pentru că grosimea mucoasei uterului este cea investigată la ecografie pentru a stabili riscul de cancer, mucoasă care înainte de menopauză este în mod normal îngroșată din cauza ciclului menstrual. După menopauză, mucoasa ar

trebui să fie subțire, astfel încât ecografia este mult mai utilă.

Atunci când ecografia nu poate fi folosită pentru depistarea cancerului endometrial (înainte de menopauză) sau când se detectează ecografic îngroșarea mucoasei după menopauză, este nevoie de o mostră de țesut din mucoasa uterului pentru diagnosticare.

Sângerările anormale între vârsta de 40 de ani și menopauză. Cum să gândești ca un ginecolog

Amintește-ți de analogia noastră cu cărămizile și mortarul pentru ciclul menstrual (capitolul 3). Estrogenul construiește căptușeala (pune cărămizile), iar progesteronul secretat la ovulație stabilizează mucoasa (mortarul). Producția de progesteron se oprește când nu există o sarcină, mucoasa se destabilizează și se desprinde, expunând vasele de sânge care sângerează. Sângele menstrual este o combinație dintre endometru (mucoasa) și acest sânge din vase. Uterul oprește sângerarea cu contracții puternice care comprimă vasele de sânge, aplicând în esență o presiune, așa cum ai face atunci când te strângi de nas dacă acesta sângerează. Presiunea încetinește sângerarea dând o șansă mecanismelor de coagulare a sângelui (sistemul de

coagulare) să acționeze și sângerarea se oprește.

Ținând cont de acest lucru, cauzele principale ale sângerărilor anormale pornesc din:

- **ENDOMETRU**: mucoasa uterului este fie prea groasă, fie prea subțire. Modificările hormonale sunt cea mai frecventă cauză. Polipii (vezi figura 10) sunt excrescențe localizate ale mucoasei uterine care atârnă de o tulpină (riscul lor de a fi canceroși este de aproximativ 1%). Contracepția hormonală și tratamentul hormonal al menopauzei pot afecta, de asemenea, endometrul (mucoasa), la fel și suplimentele care au fost modificate cu hormoni. Cancerul și modificările precanceroase sunt întotdeauna un aspect de luat în considerare, la fel ca infecțiile, deși acestea sunt mai puțin frecvente.

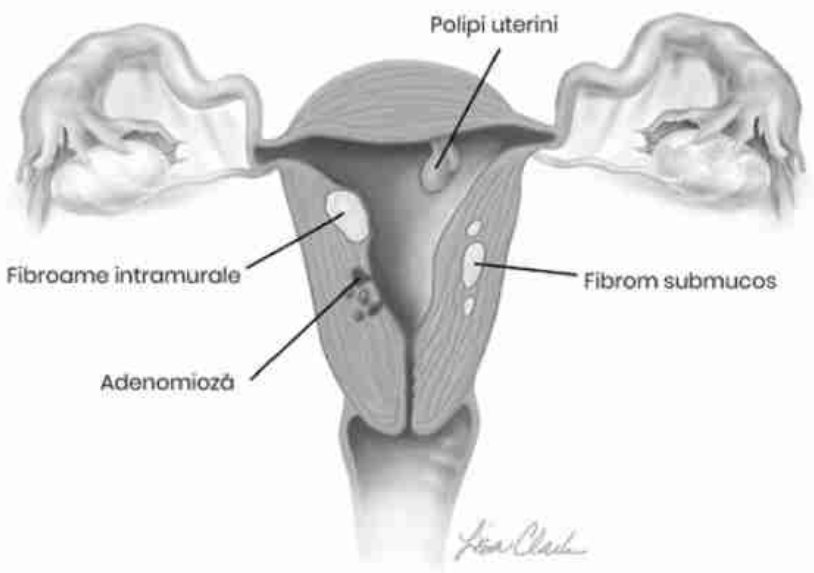


Figura 10. Sursele sângerărilor menstruale anormale: fibroamele și polipii

- **MIOMETRUL MUȘCHIULUI UTERIN :** fibroamele, cunoscute sub denumirea medicală de leiomioame, care sunt tumori benigne ale mușchiului uterin, și adenomioza, o afecțiune în care mucoasa uterină se dezvoltă în mușchi (vezi figura 10). Mai multe despre aceste două afecțiuni în curând.

- **PROBLEMELE LEGATE DE CAPACITATEA DE COAGULARE A SÂNGELUI:** în cazul femeilor cu vârsta de 40 de ani sau mai mult, acest lucru este aproape întotdeauna din cauza medicamentelor anticoagulante (cunoscute și ca agenți de subțiere a sângelui), cum ar fi cele cu rivaroxaban, warfarină și apixaban. Și aspirina poate influența sângerarea, la fel ca multe suplimente, fie pentru că ingredientele vegetale afectează sistemul de coagulare sau interacționează cu medicamentele anticoagulante, fie pentru că ele au fost contaminate de medicamente eliberate pe bază de rețetă.

Culoarea sângelui nu semnalează cauza sângerării, dar tiparul sau volumul acesteia

poate ajuta medicul să te orienteze într-o direcție sau alta. (Vezi tabelul suplimentar de la pagina 449.)

Dar cum rămâne cu menstruațiile absente?

Menstruațiile absente – două, trei, chiar cinci la rând – reprezintă o parte normală a tranziției spre menopauză. Dacă fiecare femeie cu menstruații absente ar fi evaluată, atunci ea ar avea nevoie de mai multe evaluări pe parcursul tranziției. Așadar, răspunsul cu privire la cine are nevoie de o evaluare este că depinde de riscul de apariție a cancerului și de probabilitatea ca o altă afecțiune medicală care nu are legătură cu menopauza să fie cauza.

Este sângerarea altminteri un flux normal, fără sângerări între menstruații? Aceasta este probabil tranziția spre menopauză, dar orice sângerare atipică trebuie semnalată medicului, deoarece femeile cu factori de risc pentru cancer/leziuni precanceroase ar putea avea nevoie de evaluări, mai ales dacă menstruațiile sunt mai abundente sau mai puțin abundente decât în mod normal.

Amenoreea hipotalamică este o afecțiune care poate fi confundată cu menopauza. Ea implică afectarea trimiterii semnalelor de la creier la ovar, astfel încât nu există niciun factor declanșator care să declanșeze dezvoltarea unui folicul în

fiecare lună. Rezultatul este un nivel scăzut de estrogen și absența menstruației sau menstruațiile rare. Amenoreea hipotalamică este cel mai adesea cauzată de stres, de tulburările de somn, de pierderea în greutate, de exercițiile fizice excesive, dar poate fi declanșată de orice boală. Nivelurile de estrogen sunt scăzute, la fel ca în cazul menopauzei, dar, spre deosebire de aceasta, nivelurile hormonului de stimulare foliculară (FSH) sunt, de asemenea, scăzute. Diagnosticarea amenoreei hipotalamice este importantă, deoarece nivelurile scăzute de estrogen cresc riscul de apariție a osteoporozei.

Episoade de supraîmbibare

Unele femei pot avea un episod de sângerare atât de abundentă în timpul tranziției spre menopauză, încât este nevoie de îngrijire imediată sau de intervenție de urgență. Acest lucru se poate întâmpla din senin sau poate surveni pe fondul unui tipar de sângerări neregulate și/sau abundente. Oricum ar fi, este înfricoșător să vezi atât de mult sânge și este îngrijorător din punct de vedere medical. Dacă sângele trece prin tampon în decurs de o oră sau la fiecare două ore ori sângerarea te îngrijorează, este timpul să vorbești urgent cu un medic sau să ceri asistență medicală.

Haosul menstrual. Înțelegerea evaluării

Modul în care este evaluată fiecare femeie în parte depinde de mai mulți factori, inclusiv de vârstă, dar fără a se limita la aceasta, de faptul că ia sau nu ia hormoni ori alte medicamente, inclusiv suplimente, de tiparele de sângerare anterioare, de alte afecțiuni medicale și de istoricul familiei. De exemplu, polipii nu sunt o cauză frecventă a sângerărilor, dar o femeie care ia Tamoxifen ar trebui să fie investigată pentru depistarea unui polip, indiferent de tiparul ei de sângerare, deoarece acest medicament crește în mod semnificativ riscul de a face polipi. De asemenea, este important să se ia în considerare colul uterin ca o cauză a sângerărilor, iar testele de depistare a cancerului de col uterin să fie făcute la timp.

De obicei, un examen fizic poate să excludă colul uterin drept cauză probabilă a sângerărilor și să ofere certitudinea că sângele nu provine din vagin sau vulvă. Un examen pelvian va arăta dacă uterul este mărit, trezind suspiciunea existenței unor fibroame sau a adenomiozei. Dacă testele de depistare a cancerului de col uterin nu sunt la zi, ele trebuie efectuate. Pot fi recomandate analize de sânge pentru a se asigura că pierderea de sânge nu este îngrijorătoare din punct de vedere medical și pentru a evalua funcția tiroidiană și nivelul unui hormon numit prolactină (nivelurile ridicate pot semnala o afecțiune medicală

care influențează sângerările menstruale). Este *întotdeauna* important să se excludă sarcina. În funcție de factorii individuali, se pot recomanda și alte teste, de exemplu, cele pentru depistarea problemelor tiroidiene.

O ecografie transvaginală poate fi necesară pentru evaluarea formei și mărimii uterului, identificând potențialele cauze ale sângerărilor, cum ar fi fibroamele, polipii și adenomioza, dar de multe ori se pot recomanda unele tratamente fără ecografie. O probă de țesut din mucoasa uterină poate fi necesară pentru a exclude cancerul sau leziunile precanceroase. Proba poate fi obținută în cabinet cu ajutorul unui mic dispozitiv asemănător unui pai trecut prin colul uterin în uter, numit biopsie endometrială, sau în sala de operații, printr-o procedură numită dilatare și chiuretaj. Fiecare procedură are avantaje și dezavantaje, iar cea care se potrivește cel mai bine unei anumite femei va depinde de mulți factori individuali.

O biopsie endometrială presupune să fii trează în cabinet și este similară în multe privințe cu inserarea unui sterilet. Unele femei o consideră ușor inconfortabilă, iar altele, foarte dureroasă. Din nefericire, au fost investigate multe opțiuni pentru a reduce durerea provocată de această procedură și niciuna nu este deosebit de utilă. Tehnicile discutate pentru controlul durerii în cazul inserției DIU în capitolul 23 pot fi aplicabile aici. Din păcate, multor

femei nu li se oferă nicio opțiune de a opri procedura atunci când o biopsie endometrială este prea dureroasă, iar acest lucru le poate face pe unele să evite testul în viitor, atunci când este indicat, fiind expuse la riscul de a trece cu vederea un cancer.

Modul în care se desfășoară aceste teste – indiferent care sunt cele de care o femeie poate avea nevoie și în ce ordine trebuie efectuate – depinde de mulți factori și depășește scopul acestei cărți.

Spune-mi mai multe despre sângerările hormonale

Haosul hormonal al tranziției spre menopauză poate conduce la niveluri ridicate de estrogen, scăzute de progesteron sau ambele. Acest lucru poate provoca un fel de situație de tip Goldilocks în cazul endometrului – prea gros, prea subțire sau lipsit de control (gândește-te la instabilitatea unui zid de cărămidă construit la întâmplare sau la o construcție din cărămidă de proastă calitate). Practic, niciodată nu este așa cum trebuie. O mucoasă groasă sau care se dezvoltă necontrolat poate provoca sângerări abundente și/sau mai îndelungate, iar când bucăți din ea se desprind intermitent (gândește-te la secțiuni ale unui zid de cărămidă care sunt instabile), rezultatul sunt sângerările neregulate. Acestea pot fi și rezultatul unei ovulații neregulate. Iar dacă mucoasa este prea

subțire din cauza nivelurilor scăzute de estrogen ca urmare a perioadelor prelungite lipsite de ovulație, atunci mucoasa uterului devine sensibilă, ceea ce duce la sângerări.

Necesitatea ca o femeie să facă sau nu o ecografie depinde de mulți factori, dar în cazul unui uter de dimensiuni normale și al unei preocupări scăzute cu privire la cancer/leziunile precanceroase, poate că ar fi mai bine ca întâi să se înceapă tratamentul și apoi, dacă acesta este ineficient, să se facă o ecografie. Chiar dacă femeile au fibroame sau adenomioză – alte cauze ale menstruațiilor abundente care pot fi identificate la ecografie –, tratamentele medicale inițiale sunt de obicei aceleași ca în cazul sângerărilor hormonale.

Prima serie de opțiuni de tratament pentru sângerările hormonale include:

- **DIU CU LEVONORGESTREL.** Este cel mai eficient tratament medical în cazul menstruațiilor abundente – reduce pierderile de sânge cu 70 până la 80% per ciclu și poate fi util în cazul menstruațiilor neregulate, oprindu-le complet. În plus, poate ameliora durerile menstruale. Pentru informații suplimentare, vezi capitolul 23.

- **ACIDUL TRANEXAMIC.** Acest tratament favorizează coagularea sângelui și se ia timp de cinci zile pe perioada ciclului menstrual, chiar în timpul sângerărilor. Acesta reduce

pierderile de sânge cu până la 50% per ciclu. Multor femei le place ideea unui medicament pe care îl iau doar atunci când au sângerări.

- **CONTRACEPȚIA HORMONALĂ.** Aceasta include anticoncepționalele care conțin estrogen, plasturele, inelul vaginal, anticoncepționalele care conțin doar progestin, precum și acetatul de medroxiprogesteron de tip injecție. Implantul este mai puțin eficient în controlul sângerărilor neregulate și, în consecință, nu este recomandat în acest caz. Pierderile de sânge pot fi reduse cu 50% sau mai mult, în funcție de metode. Contracepția hormonală cu estrogen poate trata atât menstruațiile abundente, cât și pe cele neregulate și, de asemenea, reduce crampele menstruale și tratează bufeurile. Pentru mai multe informații despre aceste medicamente, vezi capitolul 23.

- **MEDICAMENTELE ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE.** Cunoscute și sub numele de AINS, acestea sunt medicamente antiinflamatoare împotriva durerilor, disponibile în Statele Unite fără rețetă, iar în doze mai mari pe bază de rețetă. Ibuprofenul și naproxenul sodic

sunt două exemple comune. Când tratamentul cu unul dintre ele este început cu una sau două zile înainte de menstruație, poate reduce cantitatea de sânge la aproape 80% dintre femei. Cantitatea nu scade la fel de mult ca în cazul celorlalte metode enumerate, dar poate ajuta multe femei și reduce și crampele menstruale.

- **PROGESTOGENII.** Când menstruațiile sunt neregulate și abundente, un progestogen administrat pe cale orală în doza potrivită între 11 și 21 de zile pe lună poate adesea să regleze ciclurile și să reducă cantitatea de sânge pierdut. Progestinele sunt mai eficiente în acest caz decât progesteronul. Pentru mai multe informații despre progestogeni, consultă capitolele 17 și 18.

- **THM STANDARD.** Tinde să fie mai puțin eficient în controlul acestui tip de sângerare. Vezi capitolele 17 și 18.

Când tratamentul medical nu este eficient, există opțiuni chirurgicale. Majoritatea specialiștilor recomandă insistent între 3 și 6 luni de tratament medicamentos și, de preferință, încercarea a cel puțin două medicamente înainte de a

opta pentru o procedură chirurgicală. Deși numărul complicațiilor apărute în urma unei intervenții chirurgicale este scăzut, totuși, ele mai apar uneori, iar eu încurajez femeile să se gândească la cum s-ar simți dacă ar avea o complicație chirurgicală și nu au încercat anterior un tratament medicamentos. În fond, este corpul femeii și alegerea ei.

Ablația endometrială este o procedură prin care se distruge mucoasa uterină. Se poate face în sala de operație sau în cabinet, în funcție de metoda aleasă și de preferințele pacientei. Această procedură este indicată doar atunci când cancerul/leziunile precanceroase au fost excluse. Desi unele femei nu mai au menstruație după această procedură, multe vor continua să sângereze, doar că sângerarea nu va mai fi abundentă. Procentele care reprezintă succesul variază în funcție de procedura aleasă. Femeile mai tinere de 45 de ani și cele cu menstruații dureroase sunt mai înclinate să fie nemulțumite de rezultat.

Procedura definitivă este histerectomia, care poate fi realizată de obicei pe cale vaginală sau cu laparoscopul, ceea ce înseamnă două sau trei incizii mici în abdomen. Numărul histerectomiilor este mai mare în Statele Unite față de alte țări industrializate. Deși această situație este pe de o parte urmarea faptului că unii ginecologi recomandă intervenția chirurgicală în detrimentul tratamentului

medicamentos și chiar și rasismului, unele femei doresc pur și simplu o histerectomie pentru că vor să „se termine“ cu sângerările. În timp ce unele dintre ele pot fi convinse să încerce tratamentul medicamentos prin sublinierea eficienței tratamentului nechirurgical, este important să ne amintim că americancele trebuie să plătească mult mai mult pentru îngrijirea lor medicală în comparație cu femeile din Europa, cu care sunt adesea comparate în studiile privitoare la numărul histerectomiilor.

În Statele Unite, femeile fără asigurare pot ajunge să plătească peste 1 000 de dolari pentru un DIU Mirena și 150 de dolari pe lună pentru acidul tranexamic. Chiar dacă femeile au o asigurare bună, aceste opțiuni pot costa foarte mult în coplată. La acestea se adăugă costul vizitelor la cabinet, al ecografiilor și al altor teste care pot fi necesare, iar acest lucru ar putea însemna sute sau chiar mii de dolari, în funcție de asigurare, un proces care ar putea dura mai mulți ani. Și ce se întâmplă dacă plătești toți acești bani și încă sângerezi? Având în vedere sistemul american bizar, coplata pentru medicamente care tratează sângerările ar putea fi mai mare decât coplata pentru o histerectomie, astfel încât aspectul financiar încurajează femeile să se opereze. Unul dintre multele adevăruri triste despre asistența medicală americană este că femeile nu-și permit întotdeauna ceea ce noi, medicii, recomandăm ca opțiune de primă linie, sau nu-și pot asuma riscul ca

tratamentul nechirurgical să nu fie eficient. În Marea Britanie, fiecare tratament enumerat în acest capitol nu presupune nicio cheltuială din buzunarul pacientei, iar în majoritatea țărilor europene există asistență medicală universală care acoperă o parte dintre aceste cheltuieli sau pe toate.

Și există și concediul medical – angajații cu normă întreagă din Statele Unite au în medie opt zile de concediu medical pe an. Aproape 40% dintre americanii care muncesc nu au concediu medical deloc, iar în sectoarele cu salarii mai mici, acest procent este aproape dublu. În Marea Britanie și în majoritatea celorlalte țări europene angajații au concediu medical plătit și, bineînțeles, nimeni nu își face griji că își va pierde asigurarea de sănătate dacă, dintr-un motiv oarecare, va fi nevoit să își părăsească locul de muncă pe motiv de boală. Multe femei se pot întoarce la muncă la o săptămână după o histerectomie (în funcție de tipul intervenției chirurgicale), iar cele mai multe, la două-trei săptămâni. Repet, având în vedere multiplele vizite la cabinet care pot fi necesare pentru gestionarea sângerărilor anormale, timpul liber ar putea fi un factor care să le determine pe unele femei să aleagă intervenția chirurgicală.

Femeile care se apropie de vârsta de 50 de ani care sunt îngrijorate de sângerări pot gândi diferit în ceea ce privește încercarea opțiunilor medicamentoase față de femeile de 40 de ani care ar putea fi nevoite să ia

aceste medicamente pentru o perioadă mai lungă. Aceasta ar putea fi o situație în care dezvoltarea unei analize de sânge precise pentru anticiparea timpului rămas până la ultima menstruație ar putea fi utilă. De exemplu, dacă ar exista un test care ar putea prezice cu exactitate că menopauza este la doi ani distanță, în loc de cinci ani, acest lucru ar putea afecta modul în care o femeie de peste 40 de ani se gândește la o intervenție chirurgicală. Ceea ce știm acum este că, odată ce o femeie are 60 de zile sau mai multe între menstruații, este foarte probabil ca menstruația să se oprească în decurs de patru ani.

Mai multe despre fibroame

Fibroamele – cunoscute din punct de vedere medical sub numele de leiomioame – sunt tumori benigne (necanceroase) ale mușchiului uterului sau miometrului (vezi figura 10). Acestea pot provoca sângerări abundente, menstruații dureroase și, atunci când sunt foarte mari, pot exercita presiune asupra vezicii urinare cauzând disconfort sau nevoia de a merge mai des la toaletă. Creșterea fibroamelor este influențată de estrogen, așa că aproape întotdeauna acestea se micșorează după menopauză, când nivelul lui scade. Cantitatea mică de estrogen din THM nu este suficientă pentru a declanșa mărirea lor.

Aproape 70% dintre femeile caucaziene și 80% dintre cele de culoare au cel puțin un fibrom până la vârsta de 50 de ani. Nu se știe de ce atât de multe femei fac fibroame, dar o teorie este legată de capacitatea uterului de a se reface după sarcină – întinderea uterului pentru a găzdui un făt în creștere și placenta traumatizează țesutul, astfel că un mecanism de refacere este esențial pentru a permite sarcini repetate. Este posibil ca, în cazul fibroamelor, mecanismele de refacere să fie declanșate în mod necorespunzător, ceea ce conduce la acumularea de țesut muscular în exces. Fibroamele apar adesea mai devreme și provoacă mai multe simptome în cazul femeilor de culoare. Desi motivele acestei diferențe nu sunt cunoscute în totalitate și este posibil ca factorii sociali determinanți ai sănătății să joace un rol, este mai probabil ca fibroamele femeilor de culoare să aibă niveluri ridicate ale enzimei aromatază, care este esențială în producția locală de estrogen. Cu mai mult estrogen produs la nivel local, fibroamele pot crește mai repede, producând mai multe simptome și cauzând probleme femeilor mai tinere.

Fibroamele constituie o mică enigmă. Dimensiunea lor nu este întotdeauna un indicator de încredere că fibromul provoacă simptome, așa că este greu de știut de ce unele sunt problematice, în timp ce altele sunt inofensive. Fibroamele pot provoca sângerări abundente prin împiedicarea mecanică a uterului de a se contracta pentru

a reduce fluxul de sânge, dar cum ele pot afecta comportamentul vaselor de sânge, este probabil să existe și alte moduri prin care să influențeze sângerarea. Fibroamele care deformează mucoasa uterului se numesc submucoase, iar cele încorporate în mușchiul uterului sunt cunoscute sub numele fibroame intramurale; acestea sunt cele mai susceptibile să provoace sângerări menstruale anormale (vezi figura 10). Uneori, fibroamele pot scădea aportul de sânge și țesutul începe să moară, ceea ce este foarte dureros. Fibroamele nu devin canceroase, dar există o tumoră malignă foarte rară a mușchiului uterin, numită sarcom, care poate fi confundată cu un fibrom. Mult sub 1% dintre fibroame sunt sarcoame. Riscul de sarcom crește odată cu vârsta, iar la ecografie se pot observa elemente care să crească sau să scadă suspiciunea. Un fibrom care crește rapid poate fi mai îngrijorător în ceea ce privește cancerul, deși, chiar și atunci, riscul absolut ca acesta să fie un sarcom rămâne scăzut.

Aud adesea femei care întreabă de ce există atât de puține variante de tratament împotriva fibroamelor. Dar în realitate există o mare varietate de opțiuni, inclusiv unele medicamente pentru limitarea sângerărilor și chiar pentru micșorarea fibroamelor, proceduri pentru micșorarea lor și intervenții chirurgicale – fie pentru îndepărtarea fibroamelor, fie histerectomia. În cazul în care comparăm fibroamele cu un tip similar de afecțiune la bărbați, hipertrofia benignă a

prostatei, care este o creștere excesivă și benignă a țesutului din prostată, gama de tratamente este în esență identică. Mă întreb dacă unele femei rămân cu impresia că există puține opțiuni de tratament, deoarece sângerarea lor a fost respinsă ca fiind „nu atât de gravă“ sau din cauză că nu s-a discutat niciodată cu ele despre întreaga gamă de opțiuni de tratament.

Opțiunile de tratament în cazul fibroamelor includ toate medicamentele discutate anterior pentru sângerările hormonale, deși femeile care au o cavitate uterină foarte deformată din cauza fibroamelor pot să nu fie candidate pentru DIU hormonal, deoarece s-ar putea să nu se fixeze bine. O altă opțiune este un medicament numit analog GnRH, care afectează semnalarea de la creier la ovar, creând o menopauză chimică reversibilă (discutată anterior în capitolul 5). Acest tratament a fost până de curând disponibil doar sub formă injectabilă, dar acum există și o pastilă. Analogii GnRH sunt foarte eficienți în diminuarea sângerărilor cauzate de fibroame. Ei pot fi o punte pe termen scurt pentru a opri sângerările în timp ce se efectuează teste sau înainte de o intervenție chirurgicală, dar pot fi și o opțiune pe termen mai lung și se poate adăuga THM pentru a preveni pierderea de masă osoasă și alte simptome ale menopauzei.

Printre procedurile și intervențiile chirurgicale în cazul fibroamelor se numără:

- **ÎNDEPĂRTAREA CHIRURGICALĂ A FIBROAMELOR,** numită miomectomie. Uneori, aceasta se poate face cu ajutorul unui laparoscop introdus în cavitatea uterină prin vagin, dar alteori este nevoie de o intervenție chirurgicală abdominală. Este posibil ca aceasta să nu fie o procedură definitivă, deoarece pot exista fibroame minuscule care nu sunt vizibile, care cresc și iau locul celor îndepărtate chirurgical.

- **EMBOLIZAREA ARTERELOR UTERINE (EAU).** O procedură prin care un radiolog identifică principalele vase de sânge care alimentează fibromul și injectează o substanță specială pentru a bloca fluxul de sânge, determinând moartea fibromului. Acest lucru poate provoca dureri destul de puternice, care pot dura câteva zile. Un studiu a comparat îndepărtarea chirurgicală a fibroamelor versus EAU și a arătat că, în cazul intervenției chirurgicale, calitatea vieții era mai bună la doi ani după intervenție, dar multe femei sunt foarte mulțumite de rezultatele obținute după EAU. Procentele reprezentând apariția complicațiilor sunt similare pentru ambele proceduri.

- **CHIRURGIA CU ULTRASUNETE FOCALIZATE (CUF).** Cu ajutorul unei investigații RMN, se depistează cu precizie fibromul și structurile care trebuie evitate, cum ar fi intestinul și vezica urinară, iar un ecograf furnizează unde sonore care încălzesc și distrug fibromul.

- **HISTERECTOMIA.** Îndepărtarea uterului este cea mai eficientă și imediată formă de tratament.

Un aspect de luat în considerare este că astfel de proceduri sunt asociate cu vârste mai mici pentru menopauza naturală (vezi analiza din capitolul 5). Luarea unei decizii care privește o intervenție chirurgicală este complexă și implică încercarea în prealabil a tratamentelor anterioare, dorința de a păstra uterul, ceea ce există la nivel local, alte afecțiuni medicale care pot face ca unele proceduri să fie mai riscante decât altele și timpul estimat până la menopauză, care este momentul în care ar trebui să se oprească sângerarea cauzată de fibroame.

Mai multe despre adenomioză

Adenomioza este o afecțiune în care mucoasa uterului crește în mușchi (vezi figura 10). Există o varietate de moduri în care acest lucru poate determina creșterea atât a volumului sângerărilor la menstruație, cât și a intensității durerii, dar adenomioza

nu provoacă sângerări între menstruații. Adenomioza este rară în cazul femeilor care nu au fost niciodată însărcinate; principala ipoteză este că deteriorarea peretelui uterin din cauza întinderii în timpul sarcinii duce la fisuri microscopice care permit mucoasei să crească în interiorul mușchiului.

Femeile cu adenomioză pot avea un uter ușor mai mare și, uneori, la ecografie sau la imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) se descoperă diverse situații care cresc suspiciunea. Adenomioza este ceea ce în medicină se numește „diagnostic prin excludere"– ceea ce înseamnă că nu există teste precise care să ne spună dacă este vorba despre adenomioză. În concluzie, trebuie excluse alte afecțiuni și, dacă nu se găsește nimic altceva și simptomele corespund, atunci concluzia este că sângerarea abundentă este cauzată de adenomioză.

Nu există tratamente specifice pentru adenomioză; tratamentele de primă intervenție sunt cele recomandate în cazul sângerărilor legate de hormoni, cum ar fi DIU cu levonorgestrel, anticoncepționalele sau Depo-Provera. Deși analogii GnRH (discutați anterior în cazul fibroamelor) nu sunt aprobați și în cazul adenomiozei, aceștia ar putea fi totuși utilizați. Dacă sângerarea este abundentă sau dacă medicamentele hormonale nu sunt destul de eficiente, se poate face o cură scurtă cu analogi GnRH pentru a opri sângerarea și apoi se poate trece la DIU cu levonorgestrel sau la alți

hormoni. Nu este greșită ablația endometrială când se suspectează adenomioza, dar rata de eșec poate fi mai ridicată dacă alegi această variantă. Tratamentul definitiv este histerectomia.

Sângerarea după ultima menstruație

Până la 11% dintre femei au sângerări după ultima menstruație (UM), cele mai multe dintre acestea apărând în primii ani. Odată ce o femeie se află la trei sau mai mulți ani de la UM, șansa ca această sângerare să apară este de <1% pe an. Fie că este vorba de un flux puternic sau de o mică dâră rozalie, sângerarea după menopauză nu trebuie niciodată să fie considerată un ultim hop, deoarece există o șansă de 6 până la 10% ca motivul să fie cancer endometrial. Sângerarea după menopauză este un semn atât de sensibil al cancerului endometrial, încât până la 90% dintre femeile diagnosticate cu această boală au avut cel puțin un episod de sângerare după instalarea menopauzei.

Există mai puține cauze necanceroase de sângerare după menopauză, deoarece nu există ovulație care să declanșeze sângerări neregulate sau care să stimuleze adenomioza. De asemenea, fibroamele se micșorează. Printre principalele cauze se numără:

- **CANCERUL SAU LEZIUNILE PRECANCEROASE.** Cancerul

endometrial, dar și cel de col uterin sunt luate în considerare, deoarece unul dintre grupurile cele mai afectate de cancerul de col uterin este reprezentat de femeile între 60 și 65 de ani. Cu cât o femeie este mai în vârstă când are sângerări după menopauză, cu atât este mai probabil să fie vorba despre cancer endometrial sau leziuni precanceroase. Factorii care sporesc expunerea la estrogen fără un progestogen cresc riscul apariției cancerului endometrial. Printre aceștia se numără obezitatea (producerea de estrogen în țesutul adipos) și administrarea de estrogen în THM fără progestogen.

- **O MUCOASĂ UTERINĂ SUBȚIRE.** Fără estrogen, mucoasa uterului poate deveni atât de subțire, încât sângerează intermitent. Aceasta este cea mai frecventă cauză a sângerărilor după menopauză.

- **O MUCOASĂ UTERINĂ GROASĂ.** Estrogenul produs de țesutul adipos sau provenit din THM poate face ca mucoasa să se îngroașe (să pună cărămizi) și, fără stabilitatea unui progestogen, ea se desprinde ocazional. Suplimentele care au fost

modificate cu hormoni sunt o altă cauză.

- **SINDROMUL GENITO-URINAR DE MENOPAUZĂ SAU SGM** înseamnă că sângerarea nu provine din uter, ci din vagin. Nu ai cum să stabilești sursa sângelui doar privind lenjeria intimă. Această sângerare apare când, în lipsa estrogenului, țesuturile vaginale devin foarte subțiri (vezi capitolul 13).

- **POLIPUL.** Riscul de cancer în cazul polipului crește odată cu vârsta și în special la femeile aflate la postmenopauză.

- **PROBLEMELE DE COAGULARE LEGATE DE ANTICOAGU-LANTE.** Chiar și atunci când o femeie ia aceste medicamente, trebuie întotdeauna luate în calcul cancerul și leziunile precanceroase.

- **TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI** poate provoca sângerări în cazul unor femei aflate la menopauză (acest lucru nu include sângerările preconizate la femeile care îl iau în mod ciclic – vezi capitolul 18). Când apare această sângerare, ea poate fi cauzată de un exces de progestogen în comparație cu estrogenul, astfel încât mucoasa

devine excesiv de subțire, sau de un nivel insuficient de progestogen care provoacă îngroșarea excesivă a mucoasei. O sângerare neașteptată în timpul THM necesită evaluarea pentru a te asigura că nu este vorba despre cancer, deși, în funcție de circumstanțe, sângerările anormale din primele șase luni de la începerea tratamentului hormonal al menopauzei pot fi uneori monitorizate. Aceasta este o decizie comună luată de pacientă împreună cu medicul.

Testele de excludere a cancerului includ o ecografie pentru a examina grosimea mucoasei uterine; când aceasta este ≤4 milimetri, se pot exclude mai mult de 99% dintre tipurile de cancer. Acest test este mai puțin eficient pentru depistarea cancerului înainte de ultima menstruație, deoarece mucoasa uterului poate fi în mod normal mai groasă de 4 milimetri. Cealaltă opțiune este fie o biopsie endometrială, fie dilatarea uterului și chiuretajul, fie o histeroscopie (toate discutate anterior). Dacă ecografia arată o mucoasă foarte subțire, dar sângerarea continuă, atunci sunt necesare mai multe teste. Tratamentul împotriva cancerului și a leziunilor precanceroase depășește sfera de interes a acestei cărți.

Există multe opțiuni de tratament pentru SGM (vezi capitolul 13). Un polip trebuie

îndepărtat, iar THM poate fi util femeilor cu sângerări cauzate de o mucoasă îngroșată sau subțiată a uterului.

DE REȚINUT

- Anomaliile legate de sângerare sunt caracteristice tranziției spre menopauzâ și pot include menstruații abundente sau mai lungi, cicluri neregulate și sângerâri între menstruații.
- Cea mai frecventâ cauză a sângerărilor în timpul tranziției spre menopauză este haosul hormonal caracteristic acestei faze.
- Fibroamele și adenomioza sunt cauze comune ale menstruațiilor abundente; acestea pot provoca, de asemenea, menstruații dureroase, dar nu și sângerări neregulate.
- Sângerările abundente pot fi adesea controlate cu ajutorul medicamentelor și există mai multe opțiuni.
- Toate sângerările de după menopauză sunt anormale și necesită o evaluare.

CAPITOLUL 11

Sănătatea oaselor

Bazele biologiei osoase, osteoporoza și prevenirea fracturilor

„Sunt aici ca să te sperii cu chestiuni legate de osteoporoză“ a fost replica de început a unei conferințe la care am participat în 2019. Nici că se putea spune mai bine, așa că și eu sunt aici ca să te sperii cu chestiuni legate de sănătatea oaselor și osteoporoză. Scopul

este să înțelegi cât mai bine încărcătura osteoporozei și impactul său devastator pentru multe femei, dar și procesul de depistare și prevenire a fracturilor.

Osteoporoza este o afecțiune în care oasele devin fragile, ceea ce crește riscul de fracturi. Se caracterizează printr-o scădere a cantității de masă osoasă și prin modificări microscopice ale arhitecturii oaselor (vezi figura 11). Există și alte modificări ale oaselor care nu sunt bine înțelese. Concluzia este că integritatea structurală a oaselor este afectată. Sănătatea osoasă se află pe o linie continuă – deși osteoporoza reflectă un capăt al scalei și cel mai mare risc de fracturi, multe femei au o masă osoasă scăzută, dar nu suficient de scăzută pentru un diagnostic de osteoporoză, ceea ce le crește riscul de a suferi o fractură. Acest lucru se numea cândva osteopenie, dar acest termen nu mai este folosit.[10]

Dacă te apropii de vârsta de 30 de ani, chiar în timp ce citești aceste rânduri pierzi din masa osoasă. Osul este remodelat permanent, ceea ce înseamnă că este reabsorbit și se produce unul nou – într-o asemenea măsură, încât întregul schelet este înlocuit la aproximativ fiecare zece ani. După ce o femeie atinge masa osoasă maximă înainte de a împlini vârsta de 30 de ani, balanța înclină ușor în favoarea pierderii și se înregistrează un declin mic, dar constant, al masei osoase, de <0,4% pe an. Estrogenul este un factor important în

formarea țesutului osos, astfel încât cea mai rapidă perioadă de pierdere de masă osoasă începe cu aproximativ un an înainte de ultima menstruație și durează cam trei ani. În medie, în acești trei ani, o femeie poate pierde 6% din masa osoasă, dar unele femei pot pierde mult mai mult – până la 3–5% pe an. După această perioadă de pierdere rapidă, țesutul osos se pierde cu o viteză mai mare decât înainte de menopauză – 0,5 până la 1% pe an.

Figura 11. Os normal (stânga) și os afectat de osteoporoză

Îmbătrânirea afectează, de asemenea, integritatea osoasă și în alte moduri.

În afară de menopauză și vârstă, există și alți factori care afectează masa osoasă și crește riscul producerii fracturilor, printre care:

- **VÂRSTA LA MENOPAUZĂ.** O menopauză mai timpurie înseamnă mai mulți ani trăiți după menopauză, o perioadă de pierdere osoasă crescută. O femeie a cărei menopauză se instalează la vârsta de 45 de ani sau mai

devreme are un risc de fractură de 1,5 –3 ori mai mare decât o femeie care ajunge la menopauză la vârsta de 50 de ani sau mai târziu.

- **ALCOOLUL.** Un volum ≥3 unități pe zi este asociat cu un risc crescut. De reținut că 2 unități reprezintă 175 ml de vin.

- **ANOREXIA NERVOSA.** Scăderea masei osoase este frecventă și, când anorexia apare devreme, asta poate afecta cantitatea maximă de masă osoasă a femeii. O greutate corporală extrem de scăzută poate opri ovulația multor femei, ceea ce duce la niveluri foarte scăzute de estrogen și există și alte modificări hormonale în cazul anorexiei care afectează și oasele. Deficitul de calciu din cauza restricțiilor alimentare poate fi, de asemenea, un factor.

- **GENETICA** este cel mai important factor care contribuie la sănătatea oaselor.

- **AFECȚIUNILE MEDICALE**, cum ar fi artrita reumatoidă, diabetul de tip 2, boala Cushing și hiperparatiroidismul.

- **UNELE MEDICAMENTE.** Exemple comune sunt contraceptivul cu

acetat de medroxiprogesteron injectabil, steroizii și inhibitorii de aromatază (medicamente pentru tratarea cancerului de sân) și consumul intensiv de canabis.

- **NUTRIȚIA**, în special carența de calciu și vitamina D. Calciul pătrunde și dispare în mod constant din os, astfel încât atunci când apare o carență nu există suficient calciu pentru refacerea oaselor, iar dacă aportul este foarte scăzut, organismul poate chiar să folosească osul ca pe o rezervă de calciu. Vitamina D contribuie la absorbția calciului din intestin și este importantă în sănătatea mușchilor, ceea ce are un efect indirect asupra refacerii masei osoase. De asemenea, mușchii slăbiți pot favoriza căzăturile, un risc major de producere a fracturilor. Nu este ceva neobișnuit să auzi că sucurile carbogazoase cauzează fragilitatea oaselor, dar nu există nicio dovadă științifică solidă care să susțină această afirmație. Cofeina poate reduce ușor cantitatea de calciu absorbită din alimente, dar când o femeie la postmenopauză primește suficient calciu din alimentație, nu există niciun efect asupra

sănătății oaselor. Este nevoie de o combinație între un aport scăzut de calciu și un consum zilnic de cofeină echivalent cu trei cești de cafea pe zi pentru a crește pierderea de masă osoasă.

- **ACTIVITATEA FIZICĂ.** Stresul exercitat asupra oaselor de către susținerea greutății și de către mușchi este important în menținerea sănătății sistemului osos. Osteoblastele – celulele care construiesc osul – sunt de fapt stimulate de semnalele mecanice din timpul exercițiilor fizice.

- **RISCUL DE CĂZĂTURI.** Căzăturile pe o parte sunt deosebit de riscante. Activitățile care acționează pentru consolidarea mușchilor și a echilibrului pot contribui la reducerea căzăturilor.

- **FUMATUL.** Există multiple moduri în care fumatul afectează negativ sănătatea oaselor. La vârsta la care masa osoasă ar trebui să atingă punctul maxim, ea este mai mică decât ar trebui, iar pierderea osoasă este accelerată pe tot parcursul vieții, dar mai ales după menopauză. Femeile care fumează pierd încă 2% din densitatea osoasă la fiecare zece ani după instalarea menopauzei.

În Statele Unite, două treimi dintre femeile cu vârsta de 50 de ani sau mai mult au fie masă osoasă scăzută (51%), fie osteoporoză (15%) (vezi figura 12). Femeile albe prezintă cel mai crescut risc, cele afro-americane cel mai scăzut, iar femeile hispanice și cele asiatice se situează la mijloc din punct de vedere al riscului, deși unele date sugerează că femeile americane de origine mexicană (aproximativ 50% dintre hispanicele din Statele Unite) ar putea prezenta un risc mai mare decât femeile albe. Prevalența osteoporozei variază în întreaga lume, cea mai mare fiind în Norvegia și cea mai mică în Nigeria.

Unul dintre primele lucruri pe care le înveți în cadrul rotațiilor de stagiu de la facultatea de medicină este impactul devastator pe care îl are o fractură de șold. Dacă o femeie în vârstă de 65 de ani sau mai mult trăiește independent și își rupe șoldul, un an mai târziu are 50% șanse să nu mai poată trăi independent, 40% risc de a nu mai putea merge singură și 30% șanse de a nu mai putea folosi singură baia, iar șansele ca ea să moară în decurs de un an sunt de 17%.

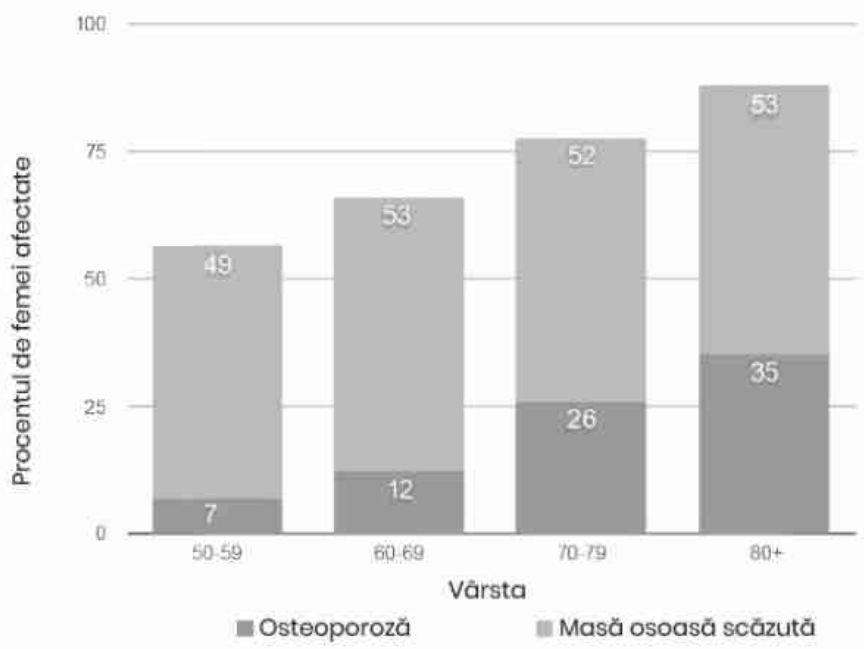


Figura 12. Osteoporoza și masa osoasă scăzută la femeile americane cu vârste de peste 50 de ani

Și asta doar în cazul fracturilor de șold. Există fracturi vertebrale (ale coloanei vertebrale) și alte tipuri de fracturi, cifoză (o deformare a coloanei vertebrale care este o curbură spre înainte, numită peiorativ „cocoașa văduvei"), dureri cronice provocate de fracturi, incontinență, deoarece femeile nu pot ajunge la baie la timp din cauza durerilor și/sau a problemelor de mobilitate, probleme pulmonare (legate de fracturile de coaste vindecate care acum restricționează mișcarea mușchilor toracici) și depresie – fără a mai lua în considerare impactul emoțional al pierderii independenței.

Să comparăm osteoporoza și masa osoasă scăzută cu alte afecțiuni grave, din punct de vedere al riscului de a le face. Riscul de cancer de sân pe parcursul vieții este de 15%. Cel al fracturării șoldului, de 17%. Fracturile cauzate de osteoporoză și de masa osoasă scăzută provoacă la fel de multe spitalizări ca accidentele vasculare cerebrale și atacurile de cord. Și totuși, se

pare că nu luăm sănătatea oaselor la fel de în serios ca aceste afecțiuni. Este mult mai probabil ca o femeie să își facă mamografia pentru depistarea cancerului de sân decât un test de depistare a osteoporozei, iar cele mai multe femei care au o fractură de șold – un proces care ar trebui să declanșeze tratamentul pentru osteoporoză – nu beneficiază de o monitorizare corectă.

Pare să existe o acceptare culturală a osteoporozei, ceea ce este tragic și mă umple de furie. Oare societatea se așteaptă pur și simplu ca femeile să devină fragile, așa că nu consideră că este necesar să-și facă griji în legătură cu ceva care este „normal"? Oare pe măsură ce femeile îmbătrânesc, nevoile lor devin irelevante când societatea decide că nu mai sunt suficient de sexy, așa că ar trebui să tacă și să accepte că s-au ramolit? Există și o convingere falsă în rândul unora cum că prevenția este ineficientă sau că medicamentele pentru tratarea osteoporozei sunt prea periculoase. Osteoporoza nu apare la știri precum cancerul de sân sau preocupările legate de contracepție, ceea ce mă face să am mereu impresia că importanța femeilor este redusă la sâni și copii, așa că multe femei pot pur și simplu să nu fie conștiente de riscurile osteoporozei sau de faptul că este o problemă de sănătate importantă și că există terapii preventive, precum și tratamente. Și până la urmă, cine vrea să vorbească despre o boală pe care o asociem cu bătrânele, babele și

hârcile? Chiar dacă femeile sunt îngrijorate sau conștiente de riscurile cu care se confruntă, s-ar putea ca ele să nu simtă că există un spațiu special pentru discuții.

Oricare ar fi motivul, femeile sunt cele care suferă.

Îmi recunosc de la început părtinirea. Mama a murit la vârsta de 86 de ani din cauza osteoporozei. A îndurat fiecare complicație a osteoporozei dintre cele pe care le-am enumerat. A avut prima fractură cauzată de fragilitatea oaselor la vârsta de 50 de ani, iar până în momentul în care a murit pierduse cel puțin 12 centimetri în înălțime. A avut atât de multe spitalizări din cauza fracturilor, cu șederi prelungite la recuperare, încât am pierdut numărul. Abia când a ajuns în stare critică din cauza bolii, a început să primească tratament pentru osteoporoză. Înainte de asta, oasele ei sfărâmicioase au fost pur și simplu ignorate ca fiind normale. Când a insistat să i se facă un test de depistare a osteoporozei, i s-a spus că nu este necesar, subînțelegându-se că toate aceste fracturi erau „normale“, iar când a întrebat de tratament, i s-a spus că potențialele efecte secundare făceau ca medicamentele să fie prea periculoase.

A fost dificil să-i modific locuința pentru ca riscul de a cădea să fie mai mic. Am chemat o echipă care a venit la domiciliu pentru a face recomandări de siguranță. Când au ajuns, au intrat în panică văzând numărul mare de covoare mici, care provoacă în mod obișnuit căzăturile și, prin

urmare, sunt precum kriptonita pentru oasele fragile. Kinetoterapeutul părea disperat și alerga prin casă ca să le strângă, în timp ce detalia șirul celorlalte probleme de siguranță – de exemplu, scara fără balustradă, care o făcea pe mama să se simtă atât de nesigură încât cobora treptele *cu spatele* pentru a se putea ține de perete cu singura mână sănătoasă, căci pe cealaltă și-o fracturase recent. O lună mai târziu, când am vizitat-o, toate covoarele mici erau din nou la locul lor, iar balustrada nu s-a materializat niciodată. Să faci schimbări la 70 sau 80 de ani este greu – încăpățânarea este probabil unul dintre motivele pentru care mulți oameni trăiesc atât de mult. De aceea, planificarea modului în care vei trăi la bătrânețe este importantă atunci când ești tânăr. Să-ți faci casa mai sigură la 70 sau 80 de ani îți poate da senzația că cedezi în fața bătrâneții, în timp ce, dacă faci aceleași schimbări la 50 sau 60 de ani (sau chiar mai devreme), poți avea senzația că îți asumi responsabilitatea și ești proactivă.

În cele din urmă, mama s-a lovit cu genunchiul de un perete, fracturându-și rotula și tibia (un os din partea inferioară a piciorului), declanșând o cascadă de evenimente care au condus la amputarea piciorului. Tatăl meu nu a găsit tăria să-și dea consimțământul, așa că sarcina de a-i explica mamei intervenția chirurgicală și de a-i da consimțământul chirurgului mi-a revenit mie. Mama nu a reușit să treacă peste amputare din punct de vedere fizic sau

psihic, iar relația noastră dificilă s-a încheiat cu ea învinovățindu-mă pentru pierderea piciorului. A murit câteva săptămâni mai târziu.

Cum știu dacă am osteoporoză?

Orice femeie care a suferit o fractură din cauza fragilității oaselor (adică o fractură fără un motiv evident, cum ar fi o traumă) ar trebui să primească automat diagnosticul de osteoporoză. Pentru alte femei, diagnosticul se pune în urma unei examinări imagistice numite absorbțiometrie bifotonică cu raze X (prescurtată DEXA) sau osteodensitometrie, care evaluează densitatea osoasă a unei vertebre (parte a coloanei vertebrale) și a părții superioare a femurului (osul coapsei, care face parte din șold). Acest test este denumit în mod obișnuit testul de măsurare a densității minerale osoase (DMO). Utilizează o doză foarte mică de raze X – aproximativ același nivel de radiații la care este expusă o persoană care petrece o zi în San Francisco. Există și echipamente portabile care examinează încheietura mâinii sau glezna, dar aceste teste sunt mai puțin precise.

Se recomandă ca testul de depistare a osteoporozei DEXA să fie făcut de fiecare femeie cel puțin o dată înaintea împlinirii vârstei de 65 de ani, iar momentul în care este necesară o evaluare ulterioară depinde de mai mulți factori. Dacă la 65 de ani o

femeie are o densitate osoasă normală (un rezultat T de -1 sau mai mare) sau o pierdere ușoară de masă osoasă (un rezultat T de -1,01 până la -1,49), șansele ca ea să facă osteoporoză în următorii 15 ani sunt mai mici de 10%. Cu toate acestea, femeile cu o pierdere de masă osoasă moderată (rezultat T de la -1,50 la -1,99) sau cu o pierdere avansată (-2,00 la -2,4) riscă să facă osteoporoză în câțiva ani și ar putea avea nevoie de repetarea testelor peste maximum cinci ani (acest lucru depinde de o serie de factori și depășește sfera noastră de interes).

Femeile nu ar trebui să aștepte până la vârsta de 65 de ani ca să-și evalueze sănătatea oaselor, întrucât cele care prezintă un risc crescut de a face osteoporoză ar trebui să fie testate mai devreme. Există controverse cu privire la momentul în care ar trebui să înceapă testele de depistare în cazul acestor femei. Unii experți spun că orice femeie aflată la postmenopauză cu un factor de risc major pentru osteoporoză, cum ar fi fumatul sau istoricul familial, ar trebui să fie testată.

Există, de asemenea, două instrumente care pot stabili dacă o femeie cu vârsta sub 65 de ani ar trebui să efectueze o osteodensitometrie DEXA ca să i se măsoare densitatea osoasă. Primul este Instrumentul de autoevaluare a osteoporozei (IAO), care permite identificarea femeilor cu probabilitate mai mare de a avea o densitate osoasă scăzută. Ecuația este (greutatea în

kilograme minus vârsta în ani) × 0,2, iar un rezultat <2 este asociat cu un risc crescut de a avea o densitate osoasă scăzută.

Celălalt este Instrumentul de evaluare a riscului de fractură sau FRAX, conceput de cercetătorii de la University of Sheffield din Marea Britanie, un instrument gratuit care le ajută pe femeile cu vârste cuprinse între 40 și 90 de ani și pe medicii lor să evalueze riscul unei fracturi majore (accesează sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx sau introdu „FRAX tool“ în motorul de căutare – există chiar și un convertor metric pentru cei care nu-și cunosc greutatea și înălțimea în kilograme și centimetri). Când riscul unei fracturi majore în următorii zece ani este >9,3%, o femeie ar trebui să fie testată oficial pentru depistarea osteoporozei.

Instrumentul FRAX nu încorporează toți factorii de risc și nici nu ia în considerare multe nuanțe. De exemplu, o femeie care fumează două pachete de țigări pe zi prezintă un risc mai mare decât una care fumează o jumătate de pachet sau un părinte cu multiple fracturi cauzate de fragilitatea oaselor conferă probabil un risc mai mare decât unul care a avut o singură fractură. Așadar, este întotdeauna importantă o abordare individualizată a testelor de depistare. Pot exista momente în care rezultatul FRAX nu indică un risc semnificativ, dar testarea formală pentru osteoporoză este totuși indicată.

Ce înseamnă densitate minerală osoasă

Un rezultat DMO este raportat ca un rezultat T, care este o terminologie necunoscută pentru multe persoane (vezi figura 13). Rezultatul T compară densitatea osoasă a unei femei cu o cifră tipică pentru o femeie de 30 de ani și raportează acest rezultat în deviații standard sau DS. O deviație standard este un mod de a exprima ceea ce se încadrează și ceea ce nu se încadrează în intervalul preconizat. Un rezultat T de -1 deviație standard sau mai mare reprezintă intervalul preconizat, un rezultatT între -1 și -2,5 reprezintă o masă osoasă scăzută, iar osteoporoza reprezintă un rezultat T de -2,5 sau mai mic.

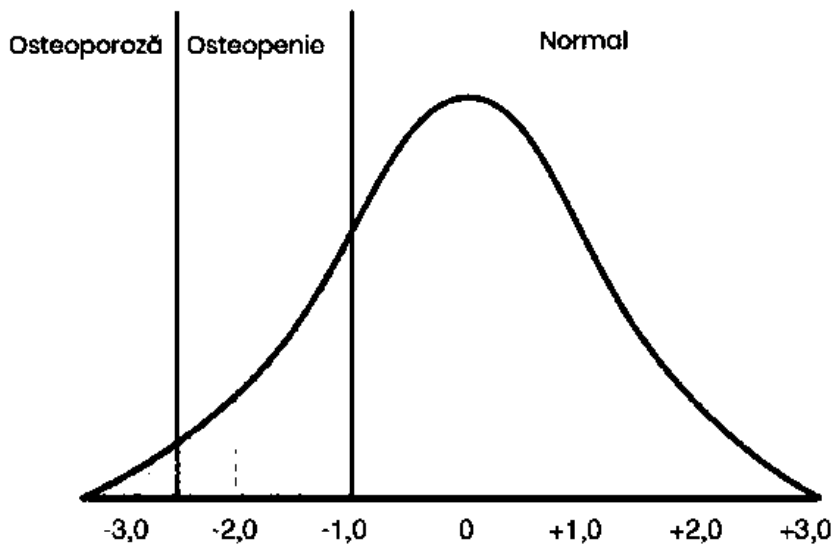


Figura 13. Densitatea osoasă și rezultatele T

Rezultatul meu T a fost de -1,2 pentru femur atunci când am făcut testul cu câțiva ani în urmă (având în vedere istoricul meu familial, am fost testată la vârsta de 50 de ani), ceea ce înseamnă că am o ușoară pierdere osoasă. Acest lucru nu înseamnă că am pierdut țesut osos în comparație cu momentul în care aveam 30 de ani sau că

mă aflu pe o traiectorie de pierdere de țesut osos mai accelerată. Gândește-te la un DMO ca la măsurarea greutății – greutatea ta de astăzi nu-ți spune cum era greutatea ta acum cinci sau zece ani sau cum va fi peste cinci sau zece ani; îți spune doar despre greutatea ta din ziua în care te-ai cântărit. Eu fac multe lucruri pentru a-mi menține sănătatea oaselor: nu fumez, fac exerciții cu greutăți și am un nivel corespunzător de calciu și vitamina D. De asemenea, am luat mai mulți ani anticoncepționale, care sunt bune pentru densitatea osoasă. Rezultatele mele m-au nemulțumit în parte. Depusesem atâta efort, și ele nu erau normale? Dar mi-am amintit că, având în vedere caracteristicile mele genetice, poate că, fără toată această muncă, aș fi avut o densitate osoasă de -1,5. Dacă densitatea mea osoasă peste cinci ani va fi tot -1,2, atunci poate că acesta ar putea fi locul obișnuit al DMO pentru mine.

Este important de știut că rezultatul T este doar o piesă din puzzle. Vârsta, înălțimea, greutatea, istoricul familial, rasa și o varietate de alți factori contribuie la riscul producerii fracturilor. Odată ce o femeie își cunoaște densitatea minerală osoasă, ea se poate întoarce la FRAX și își poate introduce rezultatele. Dacă riscul de a suferi o fractură majoră este ≥20% sau riscul de fractură de șold este ≥3% în următorii zece ani, atunci se recomandă tratamentul pentru osteoporoză.

Exercițiile fizice previn fragilitatea oaselor și fracturile

Mulți se gândesc la exercițiile fizice ca fiind bune pentru inimă, dar ele sunt extrem de utile și pentru oase. Activitățile de susținere a greutății, precum și mușchii care trag osul stimulează formarea de țesut osos nou. Exercițiile care implică o componentă de echilibru reduc numărul căzăturilor, iar exercițiile care vizează postura pot contribui la prevenirea și tratarea deformării coloanei vertebrale numită cifoză.

Exercițiile fizice sunt atât de utile încât pot ajuta la inversarea procesului de pierdere de masă osoasă, chiar și în cazul femeilor care au pierdut o cantitate însemnată deja. „Lifting Intervention for Training Muscle and Osteoporosis Rehabilitation“ (LIFTMOR – un acronim grozav[11]) a fost un studiu de opt luni realizat pe femei cu vârsta medie de 65 de ani, cu masă osoasă scăzută sau osteoporoză, care au efectuat de două ori pe săptămână un antrenament de 30 de minute de rezistență și de impact de intensitate ridicată (HiRIT) în scopul ameliorării osoase, în comparație cu un grup de persoane de aceeași vârstă care au participat la un program de exerciții de intensitate scăzută. Exercițiile de intervenție au implicat ridicarea unor haltere, genuflexiuni, ridicarea unor greutăți deasupra capului și tracțiuni la bară cu aterizare pe tălpi. Înainte se credea că

aceste exerciții sunt prea periculoase și ar putea conduce la producerea mai multor fracturi, dar în acest studiu greutățile și rezistența au fost introduse treptat, sub o supraveghere atentă a unui expert pentru postură și tehnică. Deși este un studiu restrâns, rezultatele au arătat o creștere a masei osoase și nu au existat fracturi sau complicații grave în urma exercițiilor. Avem cu siguranță nevoie de mai multe studii ca acesta, deoarece demonstrarea faptului că aceste tipuri de exerciții sunt sigure și eficiente în cazul osteoporozei ar fi revoluționară. Femeile nu ar trebui să se lanseze în acest tip de program fără supraveghere, dar găsirea unui kinetoterapeut sau a unui antrenor potrivit care are experiență în lucrul cu femeile care au osteoporoză – după ce primești consimțământul medicului tău – este un lucru de luat în considerare.

Femeile care sunt în general într-o formă fizică bună, fără afecțiuni de sănătate limitative, ar trebui să ia în considerare realizarea exercițiilor fizice deja discutate în capitolele anterioare – cel puțin 150 de minute de exerciții aerobice de intensitate moderată (de exemplu, mersul pe jos în pas vioi) sau 75 de minute de exerciții aerobice de intensitate mare (de exemplu, alergare) în fiecare săptămână și un antrenament de forță de două sau mai multe ori pe săptămână. Din punctul de vedere al prevenirii osteoporozei, antrenamentele pentru echilibru și exercițiile de postură sunt

recomandate la vârsta de 60 de ani; începerea lor mai devreme ca măsură de prevenție și pentru a avea un set de abilități este probabil o idee foarte bună.

Femeile cu masă osoasă redusă sau cu osteoporoză ar trebui să învețe unele strategii de protecție a coloanei vertebrale. Îndoirea și răsucirea coloanei vertebrale în cadrul activităților zilnice pot crește sarcina asupra ei, provocând fracturi. De exemplu, o femeie cu osteoporoză accentuată își poate fractura o vertebră doar aplecându-se pentru a-și lega pantofii. Este important să te apleci din șolduri, nu din spate și, în loc să te răsucești pentru a apuca ceva, să faci un pas pentru a-ți roti tot corpul. Poți găsi informații bune despre o varietate de exerciții, inclusiv despre echilibru și postură, pe următoarele site-uri:

- Osteoporosis Canada, osteoporosis.ca/bone-health-osteoporosis/exercises-for-healthy-bones;
- StandTall® și alte exerciții pentru o postură sănătoasă, găsite la International Osteoporosis Foundation, iofbonehealth.org/news/stand-tall-four-simple-exercises-healthy-posture;
- National Osteoporosis Foundation, nof.org/preventing-fractures/exercise-to-stay-healthy.

Deși pare mult timp dedicat exercițiilor (aproximativ 45–60 de minute pe zi), nu trebuie să le faci pe toate deodată. Gândește-te de cât timp este nevoie pentru a merge la medic pentru o programare, fără a mai lua în considerare durata (plus durerea și costul) tratării fracturilor sau prețul de a nu putea trăi independent. În cele din urmă, să previi toate acestea cu ajutorul exercițiilor fizice probabil că nu înseamnă mare lucru din punct de vedere al timpului sau poate chiar înseamnă o economisire a lui. Nu uita, exercițiile fizice sunt bani investiți în banca sănătății tale.

Ți-ai luat vitaminele?

Laptele este bun pentru oase, nu-i așa?

Mulți oameni sunt surprinși să afle că niciun studiu nu a asociat laptele cu diminuarea osteoporozei. De fapt, un grup de cercetători a analizat riscul unei fracturi de șold și consumul de lapte în funcție de țară și nu a găsit nicio corelație între probabilitatea mai mică de producere a unei fracturi de șold și țările în care se consumă mai mult lapte. Statele Unite se numără printre țările cu cel mai mare consum de lapte din lume și cu cele mai multe fracturi de șold. Există chiar și informații care leagă consumul de lapte de un risc crescut de producere a fracturilor, posibil din cauza creșterii în înălțime a consumatorilor de lapte, deoarece oasele mai lungi prezintă un

risc mai mare de fractură. Vezi capitolul 19 pentru informații suplimentare despre lapte și sănătate.

Calciul este un mineral cu nivel limitat al valorii, ceea ce înseamnă că un surplus de calciu peste necesarul zilnic nu va forma mai mult țesut osos și nici nu va fi stocat în oase pentru a fi folosit ulterior, ci va fi eliminat în urină. Carența de calciu poate conduce la scăderea masei osoase – pentru că nu este suficient pentru a susține înlocuirea constantă a țesutului osos –, dar nivelurile ridicate nu previn și nu rezolvă problemele.

Femeile cu vârste cuprinse între 19 și 50 de ani au nevoie de 1 000 mg de calciu pe zi, iar femeile cu vârsta de 51 de ani sau mai mult ar trebui să primească 1 200 mg. Pentru unele femei, sursele de calciu pot fi lactatele, dar și laptele de soia sau de migdale fortificat, sardinele, tofu, somonul la conservă cu oase, frunzele de napi, semințele de chia, varza kale, bok choi și smochinele sunt surse sănătoase. Femeilor care nu-și pot lua doza necesară de calciu din alimentație li se recomandă suplimente cu calciu, iar în această situație, cel mai recomandat este un supliment combinat de calciu și vitamina D, deoarece aceasta ajută organismul să absoarbă calciul. Dacă crezi că primești 500 mg de calciu pe zi din dietă și nevoile tale sunt de 1 000 mg, atunci un supliment de 500-600 mg va fi suficient. Nu uita, ideea unui supliment este de a asimila cantitatea recomandată, nu de a exagera.

Suplimentele de calciu nu sunt benigne; ele cresc riscul de formare a calculilor renali (tot acel calciu suplimentar din urină). Au existat îngrijorări cu privire la faptul că suplimentele de calciu ar putea fi un factor de creștere a riscului de a face boli de inimă, dar se pare că acest aspect a fost rezolvat și nu mai reprezintă o preocupare. Aproximativ 33% dintre femeile din Statele Unite iau un supliment de calciu.

Un alt micronutrient important pentru sănătatea oaselor este vitamina D. Pe lângă faptul că ajută organismul să absoarbă calciul, ea contribuie la circulația în oase și la eliminarea lui și are multe alte funcții importante, inclusiv menținerea sănătății muschilor si functionarea sănătoasă a sistemelor imunitar și nervos. Aportul zilnic recomandat de vitamina D este de 600 UI (unități internaționale) pe zi pentru femeile cu vârste cuprinse între 19 și 70 de ani și de 800 UI pe zi pentru femeile cu vârste de peste 70 de ani. Vitamina D include atât vitamina D2 (ergocalciferol), cât și vitamina D3 (colecalciferol). Vitamina D3 este produsă la nivelul pielii ca reacție la razele ultraviolete B (UVB) ale soarelui. Ea se poate obține și din alimente, cum ar fi peștele gras, ficatul de vită, untul și gălbenușurile (dacă nu ai ghicit, este solubilă în grăsimi, iar eu îmi reamintesc de fiecare dată când mănânc unt că așa îmi iau vitamina D). Vitamina D2 se găsește în mod natural doar în câteva alimente, dar multe altele sunt îmbogățite cu vitamina D2. Atât vitamina D2, cât și D3 sunt

transformate de ficat în forma activă a vitaminei D, numită calcitriol.

O persoană cu pielea deschisă la culoare poate primi suficientă lumină de la soare în timpul verii pentru a produce o cantitate adecvată de vitamina D în doar cinci până la zece minute, expunându-și doar fața și mâinile. Dar poate fi nevoie de 30 de minute sau mai mult pentru o persoană cu pielea închisă la culoare, deoarece melanina (pigmentul care oferă pielii o nuanță mai închisă) blochează lumina ultravioletă, astfel încât celulele care produc vitamina D primesc mai puțină lumină. De asemenea, pentru mulți este mai dificil să primească suficientă lumină solară în timpul iernii, comparativ cu vara, deoarece cu cât te îndepărtezi mai mult de ecuator, cu atât zilele sunt mai scurte și soarele este mai jos pe cer, reducând expunerea la UVB. În plus, când este frig, oamenii sunt bine îmbrăcați, astfel încât porțiuni tot mai mici de piele sunt expuse la soare și/sau oamenii petrec mai mult timp în casă. Și poluarea aerului poate afecta radiațiile solare, reducând expunerea la UVB. Un alt aspect de luat în considerare este acela că capacitatea de a produce vitamina D scade odată cu vârsta.

Sunt multe lucruri despre vitamina D pe care nu le cunoaștem încă. De exemplu, femeile afro-americane tind să aibă niveluri mai scăzute de vitamina D, dar și frecvența osteoporozei este mai mică în rândul lor, astfel încât nivelurile acestea spun probabil doar o parte din poveste. În plus, modul în

care organismul folosește vitamina D poate conta și el.

În anii 1990 a existat o serie de studii care legau carența de vitamina D de o listă întreagă de afecțiuni medicale, iar evaluarea nivelurilor de vitamina D a devenit o adevărată modă. Părea că se recomandă vitamina D aproape tuturor pentru orice. Deși este adevărat că multe studii au făcut legătura între o varietate de boli și nivelurile mai scăzute de vitamina D, ceea ce nu știm este dacă persoanele care nu se simțeau bine petreceau mai puțin timp în aer liber, ceea ce înseamnă că nivelul scăzut de vitamina D era consecința bolii, nu o cauză. Vitamina D a fost studiată pe larg și nu există dovezi care să lege procentele scăzute de cancer, boli de inimă sau diabet de tip 2. Ceea ce știm este faptul că exagerările legate de vitamina D au avut ca rezultat o mulțime de teste inutile care au crescut cu zeci de milioane de dolari costurile serviciilor medicale.

Aproximativ 35% dintre femeile cu vârsta de 20 de ani sau mai mari iau un supliment de vitamina D, deși nu există dovezi că suplimentarea de rutină previne osteoporoza sau fracturile la femeile cu niveluri normale de vitamina D. Mai mult, 97% dintre americani au niveluri de vitamina D în intervalul normal (20 ng/ml sau mai mult, deși este important de menționat că există o oarecare controversă cu privire la intervalul normal, unii experți afirmând că 30 ng/ml ar trebui să fie limita inferioară a ceea ce

înseamnă normal). Bănuiesc că în Statele Unite majoritatea dintre noi avem niveluri de 20 ng/ml sau mai mari, deoarece mulți suntem complet neglijenți în ceea ce privește folosirea loțiunilor de protecție solară și ne expunem direct la lumina soarelui cel puțin 30 de minute o dată la două zile.

Deoarece este dificil să obții suficientă vitamina D din alimentație, este foarte bine ca femeile care petrec mult timp în interior, cele cu pielea mai închisă la culoare, care sunt foarte meticuloase în folosirea loțiunilor de protecție solară și cele care își acoperă cea mai mare parte a pielii atunci când sunt în aer liber (din motive religioase sau pentru a evita soarele) să ia în considerare un supliment de vitamina D. Întrucât capacitatea de a produce vitamina D scade odată cu vârsta, este util ca femeile cu vârsta de minimum 50 de ani să ia un supliment.

Suplimentele de vitamina D în dozele recomandate – 800–1 000 UI pe zi – sunt foarte sigure (400 UI pe zi pare să fie o doză ineficientă pentru îmbunătățirea sănătății, așa că nici nu-ți mai bate capul s-o iei). O doză de 800 UI crește nivelurile din sânge cu aproximativ 10 puncte. La această doză nu există practic niciun risc de toxicitate, așa că majoritatea femeilor ar trebui să folosească produse de protecție solară și să ia un supliment. Suplimentele sunt fie vitamina D3 (obținută din lanolină expusă la lumină ultravioletă), fie vitamina D2 (obținută din

drojdie expusă la lumină ultravioletă) – ambele sunt transformate în ficat în mod egal în calcitriol. Ficatului tău nu-i pasă pe care dintre ele o iei și nu trebuie să știi cu exactitate care este sursa ta de vitamina D.

Mulți medici recomandă un supliment zilnic de vitamina D pentru femeile cu risc de osteoporoză. Testarea pentru stabilirea nivelului de vitamina D nu este recomandată în mod obișnuit; evaluează pur și simplu dacă obții suficientă prin expunerea la soare și prin alimentație și suplimentează după cum este necesar; totuși, testarea este indicată în cazul femeilor cu osteoporoză.

Administrarea medicamentelor pentru a reduce pierderea de masă osoasă

În Statele Unite, femeile care au suferit o fractură din cauza fragilității oaselor, care prezintă osteoporoză în urma testelor DMO (un rezultat T de -2,5) sau un risc ridicat de fractură pe baza rezultatului FRAX sunt candidate pentru tratament. În Canada, tratamentul medicamentos este recomandat femeilor cu vârsta de minimum 65 de ani, cu DMO de -2 sau mai mică. Există mulți factori care intervin în decizia privind tratamentul medicamentos al osteoporozei și o discuție completă despre ei depășește sfera de interes a acestei cărți. Scopul este să prezentăm elementele de bază, astfel încât femeile să fie în măsură să se protejeze mai bine. Înainte de a începe tratamentul

medicamentos, este important ca femeile să încerce să profite la maximum de opțiunile nemedicamentoase discutate anterior, cum ar fi renunțarea la fumat, reducerea consumului de alcool, asigurarea unui aport adecvat de calciu și vitamina D, precum și exerciții de echilibru și de menținere a greutății.

Estrogenul din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) este foarte eficient în prevenirea pierderii de țesut osos ca urmare a instalării menopauzei. În cadrul studiului WHI, estrogenii ecvini conjugați (EEC) plus progestinul cu substanța acetat de medroxiprogesteron au redus riscul producerii fracturilor de șold și de coloană vertebrală cu 34%. Știm că atât estrogenii administrați pe cale orală, cât și cei administrați pe cale transdermică sunt la fel de eficienți. Combinația EEC/bazedoxifen (estrogen plus un modulator selectiv al receptorilor de estrogen) este, de asemenea, eficientă în prevenirea osteoporozei. Vezi capitolele 17 și 18 pentru a afla mai multe despre aceste medicamente. Când se întrerupe administrarea de estrogeni, femeile trec prin acea perioadă de pierdere accelerată de țesut osos observată în tranziția spre menopauză târzie, așa că THM nu face decât să o pună în așteptare, iar apoi pierderea de țesut osos continuă în ritmul mai accelerat al postmenopauzei. Nu există o densitate osoasă anume când estrogenul să fie recomandat pentru prevenirea osteoporozei, dar istoricul

familial și alți factori de risc ar trebui discutați pentru a determina dacă THM are sens pentru prevenirea osteoporozei.

Raloxifenul este un modulator selectiv al receptorilor de estrogeni, ceea ce înseamnă că acționează ca estrogenul asupra unor țesuturi, dar nu și asupra altora. Acesta reduce fracturile de coloană vertebrală, dar nu și pe cele de șold. De asemenea, reduce riscul apariției cancerului de sân. Efectele secundare includ înrăutățirea bufeurilor și un risc crescut de formare a cheagurilor de sânge. Există medicamente mai eficiente pentru prevenirea fracturilor, așa că, de obicei, este luat în considerare doar în cazul femeilor cu un risc scăzut de formare a cheagurilor de sânge pentru care alte opțiuni nu sunt adecvate sau al femeilor cu osteoporoză care au și un risc crescut de a face cancer de sân.

O clasă de medicamente numite bisfosfonați reprezintă medicamente de primă linie pentru prevenirea și tratarea osteoporozei. Aceste medicamente inhibă acțiunea celulelor numite osteoclaste, care descompun osul în procesul de refacere. Ele pot fi administrate pe cale orală zilnic, săptămânal, lunar și prin injecție intravenoasă la fiecare trei luni sau chiar o dată pe an, în funcție de medicament. Bisfosfonații sunt foarte eficienți în prevenirea fracturilor de șold și de coloană vertebrală la femeile cu osteoporoză, iar mai multe astfel de medicamente sunt aprobate și pentru prevenirea osteoporozei. Există o

mulțime de nuanțe în cazul acestor medicamente; ele sunt administrate de obicei pentru o perioadă de până la cinci ani și apoi se evaluează necesitatea de a continua tratamentul.

Utilizarea bisfosfonaților a crescut după publicarea studiului WHI (vezi capitolul 17), când femeile s-au speriat de estrogeni. Apoi, au fost publicate informații despre efectele secundare rare, inclusiv osteonecroza maxilarului (practic, os expus, mort, în maxilar) și fracturile atipice (fracturi care nu sunt cauzate de osteoporoză) și atunci bisfosfonații au avut propriul moment asemănător cu studiul WHI în presă și, așa cum era de așteptat, utilizarea lor a scăzut vertiginos. Osteonecroza maxilarului este o complicație îngrozitoare, iar riscul este de 1/10 000 până la 1/100 000 de paciente tratate pe an. Cu toate acestea, riscul de orbire în cazul medicamentelor administrate pentru disfuncția erectilă (inhibitori de fosfodiesterază) este de 3/100 000 de bărbați anual, și încă nu am văzut un titlu de ziar care să abordeze această complicație. Modul în care societatea dă amploare complicațiilor rare ale tratamentelor care salvează viața femeilor, ignorând însă complicațiile când e vorba de intensificarea gloriei penisului, este obositor și dăunează femeilor. Aceste complicații rare ale bisfosfonaților sunt mai frecvente în rândul femeilor care primesc doze mari, în special când primesc medicamentul pe cale intravenoasă, și al celor care fac și

chimioterapie împotriva cancerului. Sănătatea orală precară și lucrările dentare de amploare în timpul tratamentului cu aceste medicamente reprezintă, de asemenea, un risc.

Osteoporoza la femeile aflate la postmenopauză nu înseamnă doar menopauză

Este important să nu dăm vina pe menopauză pentru orice – aproape 50% dintre femeile care au trecut de menopauză și au osteoporoză vor avea un alt diagnostic care ar putea contribui la osteoporoză, cum ar fi deficiența de vitamina D, incapacitatea de a absorbi macro și micronutrienți din alimentație (de exemplu, după o operație bariatrică sau o afecțiune numită boală celiacă sau, altfel spus, intoleranța la gluten), tulburări tiroidiene, glande paratiroide hiperactive și boala Cushing.

DE REȚINUT

- Toate femeile ar trebui să fie conștiente de factorii de risc ai osteoporozei, chiar și cele care se află la câțiva ani distanță de tranziția spre menopauzâ.
- Femeile care intră în perioada de tranziție spre menopauză ar trebui să își evalueze riscul de osteoporoză; IAO și FRAX sunt două instrumente care pot fi utilizate.

- Toate femeile cu vârsta de 65 de ani sau mai mult ar trebui să facă o osteodensitometrie, dar sunt multe femei mai tinere care au nevoie de această testare.

- Suplimentele cu calciu și cele cu vitamina D sunt utile când femeile nu reușesc să obțină cantitatea zilnică recomandată din alimentație și din expunerea la soare.

- Estrogenul și bisfosfonații sunt medicamente preventive împotriva osteoporozei.

CAPITOLUL 12

Creierul tău la menopauză

Confuzie, depresie și demență

Multe femei au senzația de confuzie sau pierderea memoriei în timpul tranziției spre menopauză, altele suferă de depresie, iar pentru altele, în această perioadă se pot declanșa unele dintre schimbările care ar putea conduce la demență sau boala Alzheimer.

Deși datele științifice contează în tot ceea ce privește menopauza, în discuția despre sănătatea creierului avem poate cel mai clar exemplu al nevoii de informații concrete. Și asta din cauza faptului că multe dintre poveștile culturale dăunătoare leagă competența unei femei de hormonii ei. Suntem acuzate că suntem prea hormonale înainte de fiecare menstruație, în timpul menstruației, în timpul sarcinii și după ce naștem un copil. Și ce se întâmplă atunci când în sfârșit scăpăm de acești hormoni

presupuși toxici? Se crede că, din acest moment, creierul nostru este incapabil să funcționeze. Judecarea femeilor în funcție de hormoni este atacul *ad hominem* suprem, sau poate că un termen mai potrivit este un atac *ad feminem*, iar acest asasinat al caracterului este principiul de bază al patriarhatului.

Lăsând la o parte insulta, există multe moduri în care figurile de stil legate de femei și așa-zisul lor creier hormonal sunt distructive. Când există așteptări ca femeile să fie mai puțin competente odată cu vârsta, nu există nicio urgență în a semnala simptomele îngrijorătoare, astfel încât femeile pot suferi în tăcere crezând că ceea ce se întâmplă este normal. Afecțiunile medicale care afectează creierul sunt deja stigmatizate pe nedrept în multe culturi și țări, așa că, dacă adăugăm rușinea de a avea un creier presupus hormonal, precum și disprețul societății față de femei pe măsură ce îmbătrânesc, este surprinzător că există femei de peste 40 de ani care să-și manifeste îngrijorarea legată de sănătatea creierului.

Aceste prejudecăți îi determină, de asemenea, pe medici să respingă preocupările femeilor care își manifestă îngrijorările, iar dacă se presupune că este de notorietate faptul că femeile devin mai puțin competente odată cu vârsta sau că sunt niște ipohondre isterice, atunci este și mai puțin urgentă investigarea îngrijorării lor.

Din fericire, în ultimii 20 de ani, prin intermediul mai multor studii excelente, a fost analizată sănătatea creierului femeilor la menopauză, iar acum ne putem baza pe fapte, spre deosebire de stereotipuri și clișee dăunătoare.

Creierul și hormonii. Câteva noțiuni de bază

Creierul este influențat foarte mult de estrogen – atât de cel produs în ovare (în principal estradiol), cât și de cel produs local în creier. Există multe moduri complexe în care estrogenul este implicat în funcționarea creierului. De exemplu, crește fluxul de sânge către creier, îmbunătățește metabolismul cerebral (adică modul în care creierul primește și utilizează substanțele chimice și nutrienții) și îmbunătățește conexiunea cerebrală (modul în care diferitele regiuni ale creierului comunică și se coordonează între ele). Estrogenul contribuie chiar și la eliminarea depunerilor de beta-amiloid (proteine care contribuie la dezvoltarea bolii Alzheimer).

Estrogenul stimulează și activitatea serotoninei, un neurotransmițător important implicat în starea de spirit și în semnalarea necesară în unele aspecte ale memoriei și ale funcționării executive. Funcționarea executivă este o combinație între memorie, gândire flexibilă și autocontrol pentru a organiza și utiliza informațiile în vederea

atingerii obiectivelor. Mă gândesc la funcționarea executivă în sensul că mintea e capabilă să stabilească priorități și să se concentreze eficient asupra sarcinilor. Estrogenul este esențial pentru rolul creierului în reproducere. De exemplu, face parte din semnalarea hormonală care îi spune creierului să declanșeze ovulația (capitolul 3), precum și din reglarea temperaturii pentru a optimiza implantarea (capitolul 9).

Acest lucru nu înseamnă că creierul femeilor nu poate funcționa fără estrogen. Fetele au un creier uimitor și capabil înainte de a ajunge la pubertate și multe femei care nu iau niciodată estrogen continuă să realizeze lucruri extraordinare și după ultima menstruație. La urma urmei, strămoașele noastre au reușit cu creierul lor cu nivel scăzut de estrogen să fie în stare să găsească hrană și apă când acestea se găseau foarte rar, folosindu-se probabil de amintirile lor din vremurile de foamete sau secetă anterioare sau poate chiar amintindu-și ce le-au spus propriile mame despre căutarea hranei în vremuri dificile.

Este posibil ca scăderea nivelului de estrogen într-un creier pregătit să aibă niveluri ridicate prin decenii de expunere și/sau prin haosul hormonal al tranziției spre menopauză să provoace simptome la unele femei, fie din cauza unui risc genetic subiacent, fie din cauza altor vulnerabilități biologice.

Deși estrogenul contează, el este doar o piesă din puzzle. Există și alte schimbări odată cu menopauza care ar putea avea un potențial impact asupra funcției cerebrale. De exemplu, creșterea nivelurilor de hormon de stimulare foliculară (FSH) sau inflamația cauzată de creșterea grăsimii viscerale (vezi capitolul 7).

Creierul femeilor are, de asemenea, o plasticitate unică – capacitatea de a se schimba sau de a se reconfigura ca răspuns la indiciile hormonale. Așa se creează legătura cu un nou-născut și i se permite unei mame să fie foarte atentă la nevoile bebelușului său, cum ar fi să recunoască schimbările subtile în plâns sau expresiile faciale și apoi să acționeze în consecință. Modificările hormonale apărute odată cu nașterea reorientează multe funcții către această nouă sarcină extrem de importantă – supraviețuirea bebelușului. De aceea multe mame simt că au creierul orientat către bebeluș, și nu se înșală. Nu este vorba că sunt mai puțin capabile, ci mai degrabă creierul și-a schimbat resursele pentru a deveni hiperconcentrat asupra unei sarcini specifice și vitale din punct de vedere evolutiv – supraviețuirea copilului lor. Având în vedere resursele vaste pe care le necesită sarcina și vulnerabilitatea extremă a produsului final (bebelușul), aceasta este o utilizare foarte logică a funcției creierului.

Receptivitatea creierului unei femei la schimbările hormonale și capacitatea lui de a se reconfigura ca răspuns la factorii

declanșatori hormonali reprezintă probabil o parte din motivul pentru care femeile prezintă un risc mai mare de depresie în comparație cu bărbații și pot explica depresia și schimbările de dispoziție în funcție de hormoni (de exemplu, în timpul ciclului menstrual – tulburarea disforică premenstruală sau TDPM și depresia postpartum). Această capacitate de reconfigurare ca răspuns la indiciile hormonale poate explica și o parte dintre schimbările resimțite de unele femei în timpul tranziției spre menopauză.

Confuzia

La fel ca în cazul multor femei, a venit un moment în care am început să uit unde mi-am pus cheile de la mașină sau de câte o întâlnire și atunci mi-am făcut griji că menopauza îmi afectează creierul. Eram sigură că nu era decât începutul unui declin rapid spre o etapă în care aveam să găsesc batiste uitate îndesate în mânecă sau în sutien.

Aproximativ două treimi dintre femei relatează aceleași dificultăți cognitive în timpul tranziției spre menopauză, adică o serie de probleme legate de memorie. Acest fenomen este adesea numit „ceața cerebrală“. Poate lua forme diverse, fie că este vorba despre o îngrijorare cu privire la cheile rătăcite, fie despre dificultatea de a-ți găsi cuvintele, fie despre incapacitatea de a

te concentra asupra unei sarcini. Mai multe studii au analizat fenomenul. De exemplu, în studiul SWAN din Statele Unite, participantele au fost supuse unor teste de cogniție și memorie timp de mai mulți ani și au fost urmărite prospectiv – o modalitate ideală de a urmări schimbările pe măsură ce se produc. La aceste femei, viteza cu care erau capabile să proceseze informațiile era redusă și s-a observat o scădere a ceea ce se numește memorie episodică verbală, care este capacitatea de a-și reaminti o listă de cuvinte sau o poveste. Acestea erau schimbări subtile care nu le făceau pe femei să uite sau să fie incapabile de funcționare, dar pe care cercetătorii le-au rezumat ca reprezentând un impact asupra capacității de a asimila informații noi.

Un alt grup de cercetători a comparat femei cu vârste cuprinse între 45 și 50 de ani cu bărbați de aceeași vârstă și a arătat că femeile se descurcau mai bine la sarcini legate de memorie înainte de menopauză, dar în timpul tranziției spre menopauză și după aceea, acest avantaj a devenit mai puțin evident. Acest aspect mi se pare important de subliniat. Da, există o schimbare temporară, dar chiar și cu această schimbare, femeile au continuat să fie mai performante decât bărbații. (Iată o altă mantră pentru terapia cognitiv-comportamentală a bufeurilor.)

Aceste modificări ale funcționării creierului în timpul tranziției spre menopauză sunt temporare și dispar odată

ce tranziția se încheie. Este un punct important care sper că normalizează trecerea prin această perioadă și le ajută pe femei să se simtă mai liniștite în legătură cu ceea ce se întâmplă. Poate exista *o pauză* în învățare. În multe privințe, tranziția spre menopauză seamănă cu o pauză pe care o faci când mergi și obosești, dar acesta nu este un semn timpuriu de deteriorare a creierului. Poate că o analogie bună pentru haosul hormonal al tranziției spre menopauză este aceea cu un computer care încarcă un program nou. În timpul încărcării (tranziția spre menopauză), lucrurile merg un pic mai încet. Odată încărcat, mai pot apărea câte una sau două erori înainte să funcționeze fără probleme, dar apoi lucrurile se stabilizează pe măsură ce noul program preia controlul. La urma urmei, atât programele de calculator, cât și hormonii sunt forme de limbaj.

Dar cum rămâne cu bufeurile și cu transpirațiile nocturne? Ar putea ele să provoace probleme de memorie? Pare un lucru intuitiv, dar analizând femeile din studiul SWAN, nu s-a constatat nicio legătură între aceste stări și modul în care creierul procesează informațiile sau memoria. Depresia, anxietatea și tulburările de somn pot influența în mod cert modul în care funcționează creierul, iar dacă o femeie suferă de aceste afecțiuni în timpul tranziției spre menopauză, ele pot avea un impact asupra funcției creierului, dar nu este vorba

despre tranziție în sine, ci despre depresie sau anxietate.

Dar cum rămâne cu femeile care spun că după tranziția spre menopauză pur și simplu nu se simt la fel de inteligente? Pentru a răspunde la această întrebare, cercetătorii au analizat memoria și cogniția de-a lungul timpului – înainte de tranziția spre menopauză, în timpul ei și după aceea. Au descoperit că funcția cognitivă se schimbă, dar că este pur și simplu o consecință a îmbătrânirii. Să nu uităm că o femeie care își începe tranziția spre menopauză la 47 de ani și o termină la 53 de ani înaintează totodată în vârstă cu șase ani.

Unele femei au impresia că creierul lor funcționează mai rău decât o face în realitate, când este evaluat, sau poate că ceea ce au trăit nu se potrivește cu ceea ce citesc în această carte chiar acum – că schimbările legate de menopauză sunt de obicei minore și temporare. Studiile ne arată că femeile care sunt mai stresate, care suferă de depresie sau anxietate, care au alte probleme de sănătate sau care nu dorm bine și/sau care au mai multe simptome vasomotorii înclină să își evalueze performanțele cognitive mai aspru. Simptomele vasomotorii pot chiar să pregătească creierul să fie mai receptiv la experiențele negative. Aceasta este conexiunea dintre minte și corp în acțiune.

Multe femei aflate la vârsta mijlocie sunt supuse unor niveluri incredibile de stres, deoarece femeile, în general, suportă mai

multe poveri din punct de vedere financiar din cauza inegalităților de gen. De exemplu, femeile sunt plătite mai puțin decât bărbații pentru aceeași muncă, îndeplinesc de obicei mai multe funcții de îngrijire neplătite, iar în perioadele de criză financiară au mai multe șanse de a-și pierde locul de muncă. Întrucât stresul, în special factorii de stres financiar, poate juca un rol în multe boli, trebuie să privim înapoi și să analizăm stresul pe care societatea îl generează în mod unic asupra femeilor.

L-am întrebat pe partenerul meu, care este cu opt luni mai mare, pe ce dă el vina când nu își găsește cheile de la mașină. A râs și a spus: „Pe vârstă sau pe stres, desigur." *De ce ar da cineva vina pe menopauză?* s-a întrebat. A fost interesant să văd la el libertatea de a nu fi influențat de toate mesajele toxice auzite o viață întreagă despre propriul corp. Știu că sunt într-o relație cu un feminist adevărat, pentru că el a respins imediat ipoteza că menopauza ar putea face femeile mai puțin competente.

Felul în care gândim despre menopauză pare un exercițiu de confirmare a prejudecăților despre presupusa incapacitate a femeilor mai în vârstă. Eram atât de influențată de societate să cred că menopauza afectează memoria și funcția cerebrală, încât nici măcar eu nu am reușit să iau în considerare faptul că, probabil, nu-mi rătăceam cheile de la mașină mai des decât de obicei – la urma urmei, am fost întotdeauna o persoană haotică. Abia când

am citit studiile despre ceea ce este obișnuit în general și am comparat experiențele mele cu cele ale unui bărbat de vârstă similară mi-am dat seama de prejudecățile pe care le aveam și m-am simțit ușurată.

Ce ar trebui să facă o femeie care crede că ar putea suferi modificări cognitive sau că are probleme de memorie?

- **SĂ STEA LINIȘTITĂ.** Modificările temporare ale memoriei, ale atenției și confuzia (senzația de minte tulbure) sunt simptome tipice ale tranziției spre menopauză și, *chiar dacă par îngrijorătoare, nu constituie un motiv de alarmare*. Acesta nu este un semn că urmează o prăpastie adâncă în ceea ce privește memoria. Demența la vârstă mijlocie este rară în cazul femeilor care nu prezintă un risc genetic de a face boala Alzheimer cu debut precoce.

- **SĂ-ȘI FACĂ UN TEST DE DEPISTARE A DEPRESIEI, ANXIE-TĂȚII ȘI TULBURĂRILOR DE SOMN.** Acestea afectează performanța cognitivă, iar când sunt tratate memoria se poate îmbunătăți.

- **SĂ FIE EVALUATĂ** pentru alte afecțiuni de sănătate care pot fi asociate cu probleme de memorie sau cu confuzia. Unele afecțiuni medicale

care trebuie luate în considerare sunt apneea în somn, bolile tiroidiene și diabetul. Medicamentele pot să le facă pe unele să se simtă confuze sau să le afecteze memoria, așa că și acestea trebuie studiate.

- **SĂ FACĂ EXERCIȚII FIZICE.** Obiectivul ar fi de cel puțin 150 de minute pe săptămână de activitate moderată. Știu, o tot repet în această carte, dar este unul dintre cele mai bune lucruri pe care o femeie le poate face pentru sănătatea creierului.

- **SĂ IA ÎN CONSIDERARE STRESUL.** Nu există o soluție ușoară în acest caz, dar un psiholog poate ajuta la regândirea factorilor de stres din viața de zi cu zi, poate oferi sprijin și strategii pentru a face față. Am observat că multe femei subestimează nivelul de stres pe care îl resimt.

- **TESTAREA FORMALĂ A MEMORIEI.** Se numește testare neuropsihiatrică și este indicată doar când memoria este afectată sau alte probleme cognitive se agravează fără nicio explicație sau influențează modul în care o femeie își duce viața. Femeile cu risc genetic de a face boala

> Alzheimer cu debut precoce ar trebui să fie îndrumate când sunt îngrijorate cu privire la capacitatea lor cognitivă.

Ce se întâmplă cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM)? Nu există date care să susțină că acesta va opri declinul cognitiv *temporar*. Dacă bufeurile sau depresia se ameliorează cu ajutorul hormonilor, atunci ar putea exista un impact indirect asupra preocupărilor temporare legate de memorie. Femeilor trebuie să li se reamintească faptul că, dacă aceste modificări temporare ale capacității cognitive nu se îmbunătățesc cu THM, este puțin probabil ca mărirea dozei de estrogen să fie soluția.

Depresia și menopauza

Depresia nu înseamnă doar un sentiment de tristețe, ci o afecțiune medicală asociată cu o tristețe care persistă, cu deznădejdea, energia scăzută și un interes scăzut pentru activitățile care odinioară aduceau plăcere. Depresia poate afecta emoțiile, gândurile, comportamentul, somnul, pofta de mâncare, capacitatea cognitivă și sănătatea fizică. Tranziția spre menopauză este asociată cu un risc crescut de depresie – în funcție de studiu, între 19 și 36% dintre femei pot suferi de depresie în această fază. Motivele sunt complexe și se pare că haosul hormonal permite apariția depresiei la femeile care prezintă acest risc. În mod obișnuit, creierul

este capabil să compenseze multitudinea de schimbări hormonale care au loc odată cu tranziția spre menopauză și nivelurile scăzute de estrogen de după ultima menstruație, dar unele femei pot avea o capacitate redusă de adaptare la schimbările hormonale.

Faptul că depresia este asociată cu menopauza nu este surprinzător – cazurile de depresie la femei sunt mai multe decât la bărbați –, iar ea poate fi declanșată de schimbările hormonale, de exemplu, tulburarea disforică premenstruală (versiunea extremă a sindromului premenstrual) și depresia postpartum. Numărul de cazuri de depresie este mai mare la femeile care intră la menopauză înainte de vârsta de 45 de ani și, în special, la cele cu insuficiență ovariană primară (vezi capitolul 6) decât la cele a căror ultimă menstruație este mult mai târzie. Se pare că, cu cât o femeie este expusă mai mult timp la estrogenul secretat de ovare, cu atât sunt mai mici șansele de apariție a depresiei asociate cu tranziția spre menopauză. O estimare sugerează o scădere de 5% a riscului de depresie severă pentru fiecare doi ani de întârziere a menopauzei. Acest lucru nu ar trebui să fie luat ca o relație de tip cauză-efect cu nivelurile de estrogen – de fapt, studiile nu leagă nivelurile de estrogen de depresie –, deși, în mod interesant, nivelurile mai ridicate de testosteron au fost asociate într-un studiu cu un risc mai mare de apariție a depresiei.

Depresia care apare în timpul tranziției spre menopauză apare probabil din cauza unei combinații dintre haosul hormonal, durata de expunere la estrogeni de-a lungul vieții, factorii genetici, sănătatea clinică și factorii sociali determinanți ai sănătății. Și cu cât se adaugă mai multe dintre aceste cauze, cu atât riscul este mai mare. Printre factorii specifici care au fost identificați se numără:

- **EXPERIENȚELE NEGATIVE DIN COPILĂRIE (ENC).** Experiențele negative din copilărie, cum ar fi abuzul emoțional, haosul din familie cauzat de divorț sau nesiguranța alimentară, afectează structura și functia creierului. Zonele afectate sunt hipocampul și cortexul prefrontal, care sunt și zone influențate în mod special de estrogen și implicate în memorie. Femeile care au trecut prin două sau mai multe astfel de experiențe sunt mai predispuse să se confrunte cu depresia legată de menopauză.

- **EMOȚIILE.** Femeile care sunt mai pesimiste în privința îmbătrânirii și a menopauzei și cele care au mai multe emoții negative (cum ar fi îngrijorările sau gândurile anxioase) prezintă un risc mai mare de a face depresie. Acest lucru nu înseamnă că emoțiile sau

gândurile cauzează depresia, ci că studiile au identificat o asociere.

- **SOMNUL INSUFICIENT.** Dificultățile legate de somn sunt un simptom al depresiei, iar lipsa somnului o poate agrava.

- **SUSȚINEREA SOCIALĂ SCĂZUTĂ.** Poate că ești nefericită în căsnicie, ești singură sau ai puțini prieteni apropiați sau membri ai familiei. Relațiile sociale protejează creierul la fel cum o face și estrogenul.

- **FUMATUL.** Mecanismul nu este cunoscut, dar există o asociere certă.

- **FACTORII SOCIALI DETERMINANȚI AI SĂNĂTĂȚII**, cum ar fi dificultățile financiare și stresul.

- **GRĂSIMEA VISCERALĂ.** Nu se știe dacă este vorba despre cauză sau efect. Cu alte cuvinte, nu se știe dacă inflamația sau schimbările hormonale cauzate de grăsimea activă metabolic contribuie la apariția depresiei sau schimbările hormonale specifice depresiei, cum ar fi cele de cortizol, sunt cele care cresc riscul apariției grăsimii viscerale.

De ce anume nu pare să fie legată depresia? În mod surprinzător, de bufeuri!

Poate că te uiți la această listă și oftezi. Și este adevărat că multe dintre lucrurile din listă nu pot fi schimbate, dar în cazul femeilor care nu și-au început tranziția spre menopauză pot exista oportunități de a-și consolida apărarea creierului împotriva depresiei, cum ar fi să aibă un somn mai bun, să renunțe la fumat sau să-și creeze noi relații de prietenie. Adesea, femeile descoperă că cercul lor social se micșorează în preajma vârstei de 40 de ani din diverse motive – mutarea într-un loc nou, începerea unor noi relații, despărțirile sau divorțurile, copiii și viața, pentru a numi doar câteva.

Femeile ar trebui să se supună anual unui test de depistare a depresiei. Un instrument bun este PHQ-2 (unde PHQ este acronimul de la Patient Health Questionnaire), care constă pur și simplu în două întrebări – în ultimele două săptămâni, cât de des, pe o scară de la 0 la 4, unde 0 = deloc, 1 = câteva zile, 2 = mai mult de jumătate din zile și 3 = aproape în fiecare zi:

- Ai manifestat foarte puțin interes sau plăcere în a face unele lucruri?
- Te-ai simțit tristă, deprimată sau lipsită de speranță?

Când rezultatul este 3 sau mai mare, este indicată o evaluare suplimentară pentru depresie.

O explicație completă a tratamentului depresiei depășește sfera de interes a acestei cărți. Multe femei cu depresie ușoară reușesc să o gestioneze bine cu ajutorul psihoterapiei, cum ar fi consilierea din partea unui psiholog sau a unui alt terapeut autorizat ori terapia cognitiv-comportamentală (TCC). Depresia moderată până la severă necesită, de obicei, medicamente antidepresive în plus față de psihoterapie. Estradiolul din THM poate fi eficient în tratarea depresiei ușoare până la moderate care apare în timpul tranziției timpurii spre menopauză. Se pare că există o fereastră de oportunitate aici pentru ca estradiolul să ajute, deoarece spre sfârșitul tranziției spre menopauză și după ultima menstruație, estrogenul nu mai are efect antidepresiv.

Demența și boala Alzheimer

În comparație cu bărbații, femeile prezintă un risc mai mare de a face demență și boala Alzheimer (un anumit tip de demență), iar când suferă de aceste afecțiuni, acestea apar adesea mai devreme. Femeile cu o menopauză mai târzie (expunere mai lungă la estrogen pe parcursul vieții) prezintă un risc mai mic de a suferi de demență, iar femeile a căror menopauză se instalează înainte de vârsta de 45 de ani au un risc mai mare. Ținând cont de aceste aspecte, este firesc să ne întrebăm cum se leagă acest

lucru de menopauză și dacă tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate contribui la diminuarea acestui risc. Mulți factori care nu au legătură cu estrogenul pot crește riscul unei femei de a suferi de demență și de boala Alzheimer. De exemplu, regimul alimentar (vezi capitolul 21), lipsa exercițiilor fizice, fumatul, precum și hipertensiunea arterială și diabetul (ultimele două afectează negativ vasele de sânge, reducând fluxul către creier). Și factorii genetici cresc riscul apariției bolii Alzheimer, în special a unei gene numite APOE4, care pare să crească riscul în cazul femeilor chiar mai mult decât în cazul bărbaților. Gena APOE furnizează instrucțiuni pentru producerea unei proteine numite apolipoproteină E. Există mai multe versiuni ale genei APOE, iar persoanele care moștenesc versiunea numită APOE4 prezintă un risc mai mare de a face Alzheimer. Se pare că există o interacțiune între APOE4 și estrogeni care crește vulnerabilitatea femeilor tinere la Alzheimer în timpul primilor ani după instalarea menopauzei.

Multe femei se întreabă dacă THM ajută la prevenirea demenței sau a bolii Alzheimer. Informațiile ne arată că începerea THM după vârsta de 60 de ani sau la mai mult de zece ani după ultima menstruație poate crește riscul acestor afecțiuni. Femeile cu o funcție cognitivă inferioară la momentul inițial au fost deosebit de vulnerabile la riscul crescut de demență asociat cu THM.

În cazul femeilor mai tinere, informațiile sunt puțin mai complexe. Mulți cercetători se întreabă dacă există o fereastră critică în timpul tranziției spre menopauză sau foarte devreme după ultima menstruație în care estrogenul din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) poate preveni apariția demenței. Două cercetări – studiul KRONOS de prevenție timpurie și studiul KEEPS – au inclus femei aflate la cel mult trei ani de la ultima lor menstruație și le-au urmărit patru ani pentru a evalua impactul asupra funcției cognitive al estrogenilor ecvini conjugați (EEC) administrați pe cale orală sau al estradiolului administrat transdermic. Niciunul dintre cele două studii nu a evidențiat vreo îmbunătățire pe termen scurt, dar cum modificările cauzate de demență și Alzheimer încep în creier cu mult înainte de a exista vreun semn fizic care ar putea fi evaluat, cercetătorii s-au întrebat dacă nu cumva scanarea creierului ar putea oferi indicii timpurii.

La câțiva ani după ce studiul KEEPS s-a încheiat, cercetătorii au rechemat femeile care participaseră pentru a le reevalua creierul. În acest moment, tomografiile cerebrale ale femeilor care luaseră EEC prezentau unele modificări negative la nivelul vaselor de sânge în comparație cu cele care luaseră placebo, în timp ce femeile care folosiseră estradiol administrat transdermic au fost mai puțin influențate, dar nu s-a înregistrat nicio modificare în ceea ce privește rezultatele testelor

funcțiilor cognitive. Nu se știe dacă acest efect asupra vaselor de sânge s-ar putea traduce printr-un risc crescut de apariție a demenței pe parcurs sau dacă este o constatare falsă.

În cadrul aceluiași studiu, cercetătorii au analizat tomografic creierul femeilor pentru a depista prezența plăcilor amiloide, care sunt observate în cazul bolii Alzheimer și care apar la tomografie cu ani înainte de apariția simptomelor. Ceea ce au descoperit a fost că femeile purtătoare ale genei APOE4 și care folosiseră estradiol administrat transdermic prezentau o diminuare a depozitelor de plăci amiloide, un efect care nu a fost însă observat în rândul femeilor care nu erau purtătoare ale genei APOE4. Nu se știe dacă estrogenul, atunci când este administrat la timp, ar putea diminua plăcile în cazul tuturor femeilor, dacă femeile care erau purtătoare de APOE4 erau în mod unic sensibile la estrogen sau dacă există o altă explicație.

În prezent, nu există dovezi care să susțină începerea tratamentului cu THM pentru a reduce posibilitatea de a face boala Alzheimer sau demență la femeile cu risc mediu. Există dovezi că renunțarea la fumat, o dietă sănătoasă și exercițiile fizice regulate pot ajuta – de fapt, aproximativ 50% din riscul apariției bolii Alzheimer este legat de acești factori potențial modificabili. Există, de asemenea, unele întrebări fără răspuns cu privire la efectele potențial negative ale estrogenilor asupra vaselor de

sânge din creier pe termen lung, iar efectul observat pe tomografiile cerebrale a fost mai pronunțat cu EEC administrat oral comparativ cu estradiolul administrat transdermic, ceea ce sugerează posibilitatea ca această modificare să fie legată de creșterea coagulării în vasele sanguine (estrogenii administrați oral afectează coagularea sângelui, în timp ce aceia administrați transdermic nu o fac; vezi capitolele 17 și 18). Este absolut necesar să se facă mai multe studii în acest sens. Dacă femeile cu gena APOE4 ar trebui să ia în considerare estradiolul pentru sănătatea creierului la menopauză depășește subiectul din cartea de față, iar femeile cu risc genetic ridicat de apariție timpurie a bolii Alzheimer ar trebui să se afle sub supravegherea medicilor cu experiență în acest domeniu.

DE REȚINUT

- Estrogenul influențează multe aspecte ale sănătății și funcționării creierului, dar odată cu instalarea menopauzei, creierul pare să se adapteze la noul context hormonal.
- Haosul hormonal al tranziției spre menopauză poate duce la modificări cognitive temporare; există factori care pot face ca aceste modificări să fie mai îngrijorătoare decât ar fi în urma unor evaluări prin teste obiective.
- Depresia poate apărea în timpul tranziției spre menopauză, probabil din cauza unei vulnerabilități subiacente combinată cu modificarea nivelului de hormoni.

- Femeile cu forme mai ușoare de depresie pot beneficia de estrogen prin THM.

- Demența și boala Alzheimer sunt mai frecvente la femei decăt la bărbați; pentru majoritatea femeilor, începerea THM pentru protejarea creierului nu este indicată din cauza multor întrebări rămase încă fără răspuns.

CAPITOLUL 13

Vaginul și vulva

Sindromul genito-urinar al menopauzei și tratamentele

Modificările la nivelul vulvei și al vaginului cauzate de menopauză se numeau înainte atrofie vaginală, dar acum se folosește termenul „sindrom genito-urinar al menopauzei“ (SGM). Deși este adevărat că țesuturile vaginale se atrofiază, ceea ce înseamnă că devin mai subțiri și se pot micșora, denumirea mai veche era problematică. În primul rând, vaginul este doar una dintre structurile afectate. Vezica urinară, uretra, clitorisul și vulva suferă și ele modificări asociate nivelului scăzut de estrogen. Apoi, mai este și faptul că atrofia este sinonimă cu micșorarea.

Importanța noastră, a femeilor, e oricum diminuată de către societate pe măsură ce îmbătrânim, așa că un termen care face ca vaginul să pară o violetă decrepită care se ofilește este inacceptabil.

SGM nu este un acronim atrăgător, dar este mai cuprinzător și le reamintește

tuturor – femeilor și medicilor lor – de potențiala amploare a problemei.

În acest capitol vom discuta problemele medicale legate de vagin și vulvă; pentru mai multe informații despre vezica urinară și uretră, vezi capitolul 14.

SGM este frecvent – până la 15% dintre femei semnalează manifestări în timpul tranziției spre menopauză și, în cele din urmă, până la 80% vor avea unele simptome. Multe femei cu SGM nu primesc îngrijirea de care au nevoie. Unele nu consideră că simptomele lor sunt legate de menopauză, altele cred că nu există opțiuni de tratament sigure.

Multe femei sunt respinse de către medicii lor, iar unele pur și simplu nu se simt suficient de confortabil pentru a discuta despre ceea ce le îngrijorează din punct de vedere sexual.

Femeile care sunt cel mai mult deranjate de neplăcerile SGM au vârste cuprinse între 45 și 64 de ani, dar nu se știe dacă simptomele se reduc cu adevărat de-a lungul timpului, dacă femeile renunță să mai caute asistență medicală pentru simptomele lor pentru că au fost respinse sau ignorate de prea multe ori, ori dacă lipsa unui partener sexual sau alte afecțiuni medicale conduc la o schimbare a priorităților.

Vulva și vaginul – curs introductiv

Să începem cu o scurtă prezentare a vulvei și a vaginului (oricine dorește o analiză aprofundată ar trebui să pună mâna pe cartea mea *Biblia vaginului*). Vaginul este interiorul, un tub fibromuscular căptușit cu mucoasă (tegument specializat). El face legătura între uter și vulva care se află în exterior. Cu alte cuvinte, acolo unde hainele ating pielea este vulva. Vulva include tot ceea ce se află de la muntele lui Venus (chiar sub osul pubian) până chiar deasupra anusului (vezi figura 14). Locul în care vaginul și vulva se suprapun la deschidere este cunoscut sub numele de vestibul.

Labiile mici, care sunt labiile interioare, variază ca dimensiune – la 50% dintre femei, ele depășesc labiile mari și acest lucru este normal.

Labiile mici conțin o cantitate mică de grăsime și pot avea uneori țesut erectil. Ele sunt pline de terminații nervoase specializate. Labiile mici se despart în apropierea glandului, partea vizibilă a clitorisului – partea de sus se unește cu prepuțul clitoridian, iar cea de jos se transformă în fren (care este foarte sensibil)

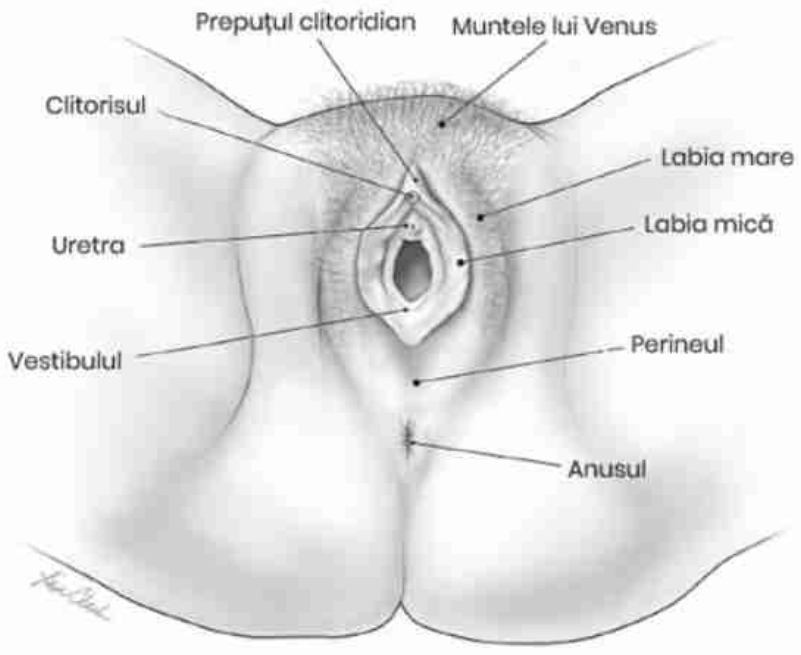


Figura 14. Vulva

care se unește cu partea inferioară a glandului. Având în vedere terminațiile nervoase specializate și aceste conexiuni cu glandul clitoridian, tragerea și presiunea aplicată asupra labiilor mici pot fi foarte excitante pentru multe femei.

Partea exterioară a glandului este relativ mică (la unele persoane poate arăta ca o boabă de fasole sau ca o bomboană mică) și este parțial acoperită de o piele numită prepuț. Întregul clitoris în sine este mult mai mare – glandul este doar vârful aisbergului – și are forma unui Y inversat, cu patru brațe în loc de două. Două dintre brațe se numesc bulbi, iar celelalte două, pedunculi. Bulbii și pedunculii se unesc la nivelul corpului clitoridian și apoi se unesc cu glandul (vezi figura 15). Clitorisul este în contact cu uretra, de aceea multe femei au o zonă foarte sensibilă, în sensul bun, în jurul uretrei și/sau chiar în interiorul vaginului, imediat sub vezica urinară. Acest lucru este adesea numit punctul G, dar nu este un punct anume. În medicină îl numim

complexul clitoris-uretră-vagin, iar zona care se excită la atingere variază adesea de la o persoană la alta. Dacă acesta nu este un punct deosebit de plăcut pentru tine, este în regulă. Fiecare femeie este construită diferit.

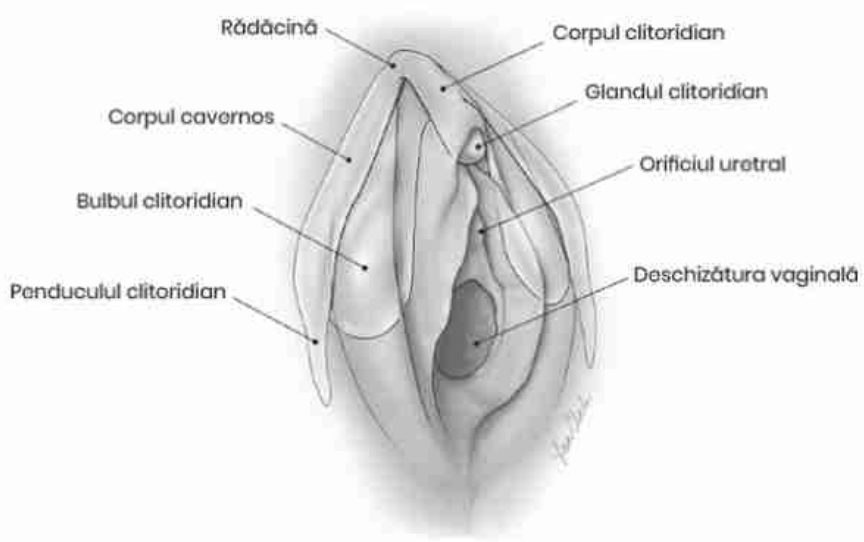


Figura 15. Anatomia clitorisului

Atunci când femeile ating orgasmul prin penetrare vaginală, se datorează faptului că penisul, degetele sau jucăria sexuală fie ating, fie trag de clitoris, fie îl stimulează într-un alt mod, dar este important de reținut că 1 din 3 femei nu atinge orgasmul doar prin penetrare vaginală, pentru că mecanica pur și simplu nu este suficientă pentru clitorisul lor. Degetele, limba și jucăriile sexuale oferă mult mai multă precizie decât un penis. Orgasmele cu penetrare penianã – așa-numitul orgasm vaginal sau „matur“ al doctorului Sigmund Freud – nu sunt superioare orgasmelor provocate de stimularea directă a clitorisului cu degetele sau prin oricare altă metodă. Probabil că Freud nu avea nici cea mai vagă idee că clitorisul înseamnă mai mult decât glandul, dar, indiferent de asta, ideea că nu ar putea exista plăcere reală fără grosimea

impunătoare a unui penis a devenit o temă recurentă dăunătoare și misoginǎ, pur și simplu neadevărată. La urma urmei, lesbienele declară mai multe orgasme în timpul sexului decât femeile heterosexuale.

Schimbările survenite odată cu menopauza

Vulva și vaginul suferă modificări semnificative, fie direct, din cauza lipsei de estrogen, fie indirect, din cauza diminuării fluxului de sânge către țesuturi. Și producția de colagen scade odată cu vârsta. Colagenul este o proteină care, printre altele, conferă țesuturilor rezistență și elasticitate, astfel încât pierderea lui odată cu menopauza și vârsta duce la creșterea fragilității țesuturilor și la scăderea elasticității. Din punct de vedere fizic, țesuturile par mai deschise la culoare, iar atunci când SGM este sever, pot apărea mici pete roșii la nivelul vestibulului și în interiorul vaginului, care sunt rezultatul unor vase capilare extrem de fragile din care s-a infiltrat sânge în țesuturi.

Microbiomul vaginal suferă o schimbare dramatică, trecând de la un mediu dominat de lactobacili la o varietate de alte bacterii. Pentru unele femei, acest lucru poate avea ca rezultat unele schimbări subtile ale mirosului vaginal normal. PH-ul crește, adesea este de 5,5 sau mai mare (pH-ul înainte de menopauză este de obicei de 3,8-

4,5) și gradul de lubrifiere scade. De asemenea, vaginul se micșorează puțin în lungime și în lățime, probabil din cauza schimbărilor fluxului de sânge și ale colagenului, dar pot exista și alte motive. Toate aceste modificări, pe lângă pierderea elasticității țesutului și creșterea fragilității, pot provoca dureri în timpul actului sexual. Interesant este faptul că penisul se micșorează și el odată cu vârsta, din cauza scăderii nivelului de testosteron, a scăderii fluxului de sânge și a producției de colagen. Doar că nu auzim atât de des vorbindu-se despre asta.

Există un mit conform căruia, odată cu vârsta, vaginul riscă să facă parte dintr-un scenariu de tipul „folosește-l sau îl pierzi“ - adică, fără potența unui penis, vaginul se poate micșora permanent. Este pur și simplu șocant (imaginează-ți sarcasmul din vocea mea) faptul că nu există un mit similar conform căruia se poate evita micșorarea penisului prin contactul vaginal regulat. Teoriile de tipul „folosește-l sau îl pierzi“ s-au bazat pe informații de calitate inferioară care astăzi nu ar mai fi acceptate. Pierderea estrogenului și schimbările legate de vârstă sunt cele care afectează vaginul, nu înseamnă un strigăt după atingerea unui bărbat. Rareori, când o femeie are o inflamare semnificativă din cauza estrogenului scăzut și țesuturile au devenit atât de fragile încât sângerează la atingere, pereții vaginului pot fuziona. În cei 30 de ani de când conduc un cabinet de medicină

vaginală și vulvară, am văzut acest lucru doar o dată sau de două ori. Chiar dacă s-ar închide vaginul din cauza lipsei de sex odată cu vârsta, un penis nu ar putea împiedica mecanic acest lucru, deoarece, pentru aceste femei, sexul vaginal ar fi mult prea dureros, iar un penis nu poate reduce inflamarea țesuturilor și nici nu poate repara vasele de sânge. Este un penis, nu o baghetă magică.

Odată cu vârsta, clitorisul își reduce dimensiunea, iar cantitatea de țesut erectil scade, dar nu se știe dacă acest lucru este specific vârstei sau dacă are legătură cu cantitatea de estrogen. Labiile mici își pot micșora dimensiunea, iar labiile mari se pot aplatiza puțin sau pot chiar să pară puțin mai mari din cauza laxității pielii și a țesutului adipos care își schimbă localizarea. Albirea părului pubian începe de obicei după vârsta de 45 de ani și este un fenomen legat de vârstă.

În timpul tranziției spre menopauză și la scurt timp după menopauză, femeile prezintă un risc crescut de afecțiuni cutanate autoimune care implică vulva și/sau vaginul – cele mai frecvente sunt lichenul scleros și lichenul plan. Aceste afecțiuni nu provoacă doar simptome supărătoare, cum ar fi mâncărimi, arsuri și dureri în timpul contactului sexual, ci sunt asociate și cu unele modificări de ordin fizic. De exemplu, pielea poate deveni albă și extrem de fragilă, labiile mici se pot micșora și chiar dispărea, țesutul de deasupra

glandului clitoridian poate fuziona astfel încât glandul să nu se mai vadă, iar țesutul cicatricial poate determina îngustarea vaginului – ceea ce, într-un stadiu avansat și netratat, poate progresa până la punctul în care vaginul fuzionează și se închide.

Aceste afecțiuni ale pielii afectează între 1 și 3% dintre femei și, deși pot apărea la orice vârstă, riscul pare deosebit de ridicat în timpul tranziției spre menopauză, posibil din cauza impactului hormonilor asupra sistemului imunitar. Lichenul scleros și cel plan pot provoca simptome similare cu cele ale SGM – mâncărimi, uscăciune, durere în timpul actului sexual, senzație de tensiune sau de pierdere a elasticității țesuturilor – astfel încât pot fi diagnosticate în mod eronat ca fiind SGM. Lichenul scleros și cel plan sunt asociate cu un risc mai mare de cancer al vulvei și necesită un tratament specific, așa că este important ca femeile cu aceste afecțiuni să consulte un specialist în domeniu.

Simptomele SGM

Cel mai frecvent simptom al SGM este uscăciunea vaginală, dar alte simptome includ senzația de arsuri vaginale, ca de șmirghel, durere la penetrarea vaginală, pruritul vaginal și vulvar, iritarea la ștergerea după folosirea toaletei, scăderea lubrifierii în timpul actului sexual, modificarea mirosului și a secrețiilor. Pierderea elasticității poate

face ca penetrarea vaginală să fie dureroasă sau mai dificilă, iar această durere în timpul sexului poate afecta libidoul. SGM crește, de asemenea, riscul apariției infecțiilor urinare sau ale vezicii urinare (vezi capitolul 14).

Cu timpul, femeile pot face și dermatită perianală, care înseamnă roșeață și inflamare cronică și, uneori, pielea din jurul anusului se poate deteriora, fiind foarte iritantă și chiar deranjantă. Dermatita perianală înseamnă creșterea fragilității pielii odată cu înaintarea în vârstă, combinată cu traumatismul repetitiv produs prin ștergere și expunerea pielii la fecale, care sunt foarte iritante din punct de vedere chimic. Această afecțiune este probabil mai puțin legată de SGM și mai mult un fenomen de îmbătrânire a pielii.

Unele femei semnalează o scădere a intensității orgasmului sau un timp mai îndelungat pentru a-l atinge. Ar putea exista mai multe motive, inclusiv reducerea fluxului de sânge către țesuturi, modificările dimensiunii și țesutului erectil ale clitorisului, cele legate de vârstă sau de estrogen în modul în care nervii comunică cu creierul, sau chiar o slăbiciune ori scăderea capacității de reacție a mușchilor diafragmei pelviene (aceia care se contractă fizic în timpul orgasmului), a căror masă – ca în cazul tuturor mușchilor – scade odată cu vârsta. Acești mușchi reacționează și la estrogen, așa că este posibil să existe efecte combinate ale îmbătrânirii și ale pierderii de estrogen. Nu este ceva

neobișnuit ca după menopauză femeile să aibă nevoie de un vibrator pentru a atinge orgasmul, deși nu le era necesar înainte, iar acest lucru *nu* reprezintă o incapacitate. Unele femei consideră că exercițiile Kegel pentru creșterea rezistenței diafragmei pelviene (vezi capitolul 14) le aduc beneficii în ceea ce privește atingerea orgasmului.

Atenție la îngrijirea vulvei

Fundamentul controlului asupra SGM este îngrijirea pielii vulvei și a celei perianale. Cu o fragilitate crescută, pielea este mai predispusă să devină uscată, ceea ce crește și mai mult riscul apariției unor leziuni microscopice, declanșând un ciclu de iritație și inflamare care poate progresa până la punctul în care încercările ușoare de masturbare, sex oral sau chiar de ștergere cu hârtie igienică pot fi suficiente pentru a provoca disconfort. Recomandările-cheie pentru o bună îngrijire vulvară includ următoarele:

- **UTILIZEAZĂ UN PRODUS DE CURĂȚARE.** Săpunul poate afecta pelicula acidă, stratul protector de grăsime și alte substanțe microscopice care acoperă pielea. De asemenea, săpunul poate reacționa cu pielea vulvei, ridicând pH-ul de la 4,0-5,2 la 10, și o poate usca. Un produs de curățare facială neparfumat – mărcile

ieftine din farmacii sunt foarte potrivite – este cea mai bună opțiune.

- **EVITĂ ȘERVEȚELE IGIENICE.** Acestea pot fi importante pentru femeile cu incontinență, pentru a le ajuta să se curețe atunci când nu sunt acasă, dar majoritatea conțin substanțe iritante și sunt inutile din punct de vedere igienic. Ele sunt un motiv frecvent al iritațiilor vulvare și al dermatitei perianale. Aș putea scrie un eseu de 10 000 de cuvinte despre cum șervețelele sunt o combinație de infantilizare a femeilor (ele sunt menite să îndepărteze fecalele de pe fundul unui bebeluș; femeile nu sunt bebeluși și sunt capabile să se șteargă cu hârtie igienică sau să folosească un bideu), o urmă a culturii purității (curățenia sau falsa curățenie a șervețelelor igienice înseamnă că o femeie este „bună“) și obsesia unei societăți patriarhale de a umili femeile pentru corpul lor normal (dacă femeile au nevoie ca pielea lor să fie pregătită pentru bărbați și invers nu este adevărat, atunci concluzia este că femeile sunt inerent murdare). Dacă șervețelele igienice ar avea ca scop igiena genitală, și nu asuprirea femeilor,

atunci ar exista și pentru bărbați rafturi cu astfel de produse cu arome diferite și denumiri precum Încântarea lui Gogu, Evadare la apus și Lăbuțe de cățel.

- **UTILIZEAZĂ ABSORBANTELE PENTRU INCONTINENȚĂ, NU PE CELE MENSTRUALE.** Absorbantele menstruale nu pot face față volumului de urină și, în consecință, rămân umede, ceea ce provoacă iritarea pielii și, dacă acest lucru se întâmplă suficient de des, la deteriorarea ei.

- **HIDRATEAZĂ-ȚI PIELEA.** Uscăciunea este dușmanul pielii. Uleiul de cocos, cel de măsline și vaselina de uz medicinal sunt alternative bune și ieftine. Există alternative mai scumpe care pretind că sunt făcute pentru pielea vulvei, deși nu s-au publicat rezultate semnificative pentru niciuna dintre ele. Deși nu este posibil să le demonstrezi afirmațiile, având în vedere ingredientele, este puțin probabil să ofere un avantaj real. Un produs hidratant ține mai mult de ceea ce îți place – senzația pe care o oferă un produs este un lucru foarte personal. Unora dintre femei le plac borcanele frumoase, iar cumpărarea acestor produse le

poate da sentimentul de îngrijire de sine. Atâta timp cât produsul nu este parfumat și nu irită, cele mai multe sunt probabil în regulă. Cu toate acestea, unele dintre companii promovează aceste produse nu doar împotriva uscăciunii, ci și ca instrumente de prevenire a pericolelor mirosului feminin, care nu este un aspect medical, ceea ce este un mesaj dăunător. Acest lucru poate influența decizia unora dintre femei de a utiliza anumite produse. (Când am chef, mă iau de acești producători pe profilul meu de Instagram. La un moment dat se vor plictisi de mine și vor elimina mesajele dăunătoare despre „mirosul feminin“.)

- **TUNDE-ȚI PĂRUL PUBIAN, NU ÎL ELIMINA.** Părul pubian crește umiditatea și, prin urmare, reține umezeala la nivelul vulvei. Îndepărtarea completă a părului – fie că este vorba de epilare cu ceară, de ras sau de orice altă metodă – deteriorează stratul superior al pielii, crește riscul tăieturilor și, pe măsură ce pielea îmbătrânește, consecințele pot fi mai grave.

- **DACĂ FUMEZI, FĂ TOT POSIBILUL SĂ TE LAȘI.** Fumatul are efecte anti-

estrogenice și afectează circulația sângelui către piele în toate zonele.

Lubrifianții

Aceste produse se folosesc în timpul sexului, fie că este vorba de masturbare sau cu un partener. Multe femei și partenerii lor apreciază aceste produse indiferent de vârstă sau de stadiul menopauzei, dar pentru unele femei, ele pot deveni necesare dacă suferă de SGM. Pentru multe femei cu simptome ușoare, lubrifianții pot fi tot ceea ce este necesar.

Există trei tipuri de lubrifianți: pe bază de apă, de silicon și de ulei. Senzația dorită sau ceea ce mie îmi place să numesc efectul de alunecare al unui lubrifiant este foarte personală. Unele femei adoră felul în care un produs se simte pe piele, iar altele l-ar putea considera lipicios. În general, femeile cu SGM tind să se simtă cel mai bine cu un lubrifiant pe bază de silicon, așa că, dacă o femeie nu a mai folosit lubrifiant până acum sau dacă ultima dată a fost cu mulți ani în urmă, atunci cel pe bază de silicon este un bun punct de plecare. Toate aceste produse conțin o combinație de unul sau mai mulți compuși siliconici, cum ar fi dimeticona, ciclometicona și dimeticonolul, ceea ce înseamnă că nu există o chestie organică, personalizată cu silicon. Unii lubrifianți cu silicon pot conține și cantități mici de ulei de

cocos sau de vitamina E, care este, de asemenea, un ulei. În cele ce urmează sunt prezentate câteva produse obișnuite în Statele Unite, care par bine tolerate:

- Astroglide X – doar silicon;
- Astroglide X Silicone gel – silicon și ulei de nucă de cocos;
- Über Lube – silicon și vitamina E.

Cu toate că atât Astroglide, cât și Über Lube susțin că această cantitate mică de ulei nu le schimbă compatibilitatea cu prezervativele din latex, nu am găsit niciun studiu public care să susțină această afirmație. Cei de la Astroglide mi-au răspuns la solicitarea de a obține mai multe informații; ei au precizat că au efectuat teste pentru a stabili compatibilitatea, dar nu mi-au putut pune la dispoziție documentele. Cei de la Über Lube nu au răspuns la e-mailul meu.

Am în cabinet o rezervă mare de pachete de Über Lube de unică folosință pentru examenele pelviene și nu cred să-mi fi spus vreo pacientă că i se pare neplăcut pe vulvă sau în vagin; de fapt, multe sunt surprinse că nu le irită. Deși apreciez că această observație pare părtinitoare, îmi notez produsele pe care le folosesc și le recomand, precum și orice feedback pe care îl primesc. Unele persoane consideră că lubrifianții pe bază de silicon sunt mai greu de curățat de pe așternuturi și că e posibil să

nu fie compatibili cu toate jucăriile sexuale din silicon.

Lubrifianții pe bază de apă necesită mai multe cunoștințe despre ingrediente, iar o alegere greșită în acest caz este mai probabil să provoace iritații. Iată câteva considerente:

- **PH-UL**, adică aciditatea produsului. Cel mai bine este să alegi unul care să fie apropiat de pH-ul vaginal, adică 3,5-4,5, chiar dacă el crește odată cu instalarea menopauzei. Din păcate, cele mai multe produse nu menționează pH-ul lor.

- **OSMOLALITATEA**, care s-ar putea traduce drept concentrația. Atunci când osmolalitatea este mai mare decât cea a secrețiilor vaginale, produsul va absorbi apa din țesuturile vaginale, ceea ce poate provoca iritații și chiar crește riscul femeii de a contracta o infecție cu transmitere sexuală (ITS) dacă este expusă. Osmolalitatea secrețiilor vaginale este 260-280 mOsm/kg și cel mai bine este să folosești un produs cu o osmolalitate <380 mOsm/kg. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă să nu se folosească lubrifianți cu o osmolalitate >1 200 mOsm/kg.

- **ANUMIȚI CONSERVANȚI.** Trebuie evitate produsele cu gluconat de clorhexidină, poliquaternium și mai mult de 8,3% glicerină, deoarece acestea pot irita țesuturile și/sau afecta ecosistemul vaginal.

- **PARFUMUL, SUBSTANȚELE AROMATICE ȘI CARE DAU O SENZAȚIE DE ÎNCĂLZIRE** trebuie evitate. Ingredientele de acest gen pot fi iritante, iar aceste produse au adesea o osmolalitate foarte mare.

Având în vedere toate aspectele legate de lubrifianții enumerați mai sus și știind că etichetarea produselor nu este întotdeauna completă, iată câțiva lubrifianți pe bază de apă, care se încadrează în intervalele recomandate:

- Good Clean Love, pH 4,73 și 240 mOsm/kg;
- Yes Baby Vaginal-Friendly Lubricant, pH 4,22 și 249 mOsm/kg;
- Yes Water-Based Intimate Lubricant, pH 4,08 și 154 mOsm/kg.

Cremele hidratante vaginale

Aceste produse rehidratează țesuturile vaginale și sunt preparate ca bioadezivi, astfel încât produsul rămâne pe țesuturile vaginale și rezistă mai multe zile. În general,

sunt bine tolerate. În plus, deseori aceste produse reprezintă grupa placebo din studiile în care se evaluează hormonii vaginali și, uneori, au performanțe la fel de bune ca estrogenii în doze mai mici. Ele sunt cel mai eficiente când problema este uscăciunea, dar pot fi utile și multor femei care au dureri în timpul actului sexual.

Cremele hidratante pot fi pe bază de apă (glicerina este un ingredient comun, așa că, atunci când este prezentă, trebuie să fie într-o concentrație de 8,3% sau mai puțin), pe bază de silicon, de ulei sau de acid hialuronic ori o combinație a lor. Acidul hialuronic este o moleculă mare care se găsește în celulele pielii și în jurul lor și care lubrifiază și hidratează celulele. Impactul cremelor hidratante nu este cumulativ, așa că, dacă încerci unul dintre aceste produse și nu observi un beneficiu după patru săptămâni de utilizare regulată conform indicațiilor, ia în considerare trecerea la un alt ingredient activ, de exemplu, de la silicon la acid hialuronic. (Consultă tabelul 2 de la pagina 450 pentru o listă de produse, pH și osmolalitate.)

Hormonii

Estrogenul vaginal este considerat cea mai bună variantă pentru SGM, ceea ce înseamnă că, dintre toate opțiunile farmaceutice și cele eliberate fără rețetă, este de departe cel mai bine studiat și

eficient. Un alt hormon numit dehidroepiandrosteron sau DHEA este o completare recentă la tratamentele vaginale pe bază de rețetă în cazul SGM. DHEA este unul dintre hormonii implicați în procesul care transformă colesterolul în estradiol (vezi capitolul 3). DHEA nu are niciun efect direct asupra țesuturilor în sine; este util pentru că este transformat în interiorul celulelor în testosteron și estrogen. Estrogenii vaginali și DHEA cresc fluxul sanguin, inversează fragilitatea țesuturilor, restabilesc lubrifierea și repopulează microbiomul vaginal cu bacterii benefice. Acestea sunt eficiente în tratarea uscăciunii și a pruritului vaginal, a durerii la contactul sexual și pot ajuta în cazul modificărilor de miros.

Tratamentul hormonal al menopauzei (THM) tradițional este eficient doar în proporție de 50% în cazul sindromului de menopauză generalizată, deoarece nivelurile de estrogen rezultate sunt adesea insuficient de crescute în țesuturile vaginale și vulvare. (THM constă în administrarea de hormoni pe cale orală sau transdermică; vezi capitolul 17.) Deoarece există riscuri mai mari în cazul THM (deși sunt mici) în comparație cu tratamentul vaginal și el este util în doar aproximativ jumătate dintre cazuri, THM nu este recomandat doar în scopul tratării SGM. Cu toate acestea, o femeie care începe THM din alte motive, de exemplu, din cauza bufeurilor, poate aștepta două–trei luni pentru a vedea cum îi ajută

acest tratament vaginul și vulva înainte de a decide să recurgă și la alte tratamente.

Produsele estrogenice vaginale din Statele Unite și Canada sunt fie estradiolul, fie estrogenii ecvini conjugați sau EEC. Numele de marcă este Premarin (vezi capitolele 17 și 18 pentru informații suplimentare despre acești estrogeni). Estrogenii vaginali sunt disponibili într-o gamă largă de doze, precum și de metode de aplicare, inclusiv creme, inel vaginal, comprimate și supozitoare vaginale, astfel încât este posibilă personalizarea în funcție de nevoile fiecărei femei. DHEA vaginal este un supozitor vaginal și este disponibil într-o singură doză. (Vezi tabelul 3 de la pagina 450 pentru o listă a produselor și a dozelor.)

Estrogenul și DHEA vor avea nevoie de cel puțin șase săptămâni pentru a acționa, dar pentru un efect complet pot trece două–trei luni, astfel încât merită să faci un tratament de trei luni și apoi să reevaluezi situația. Toate produsele, cu excepția inelului cu estrogen și a DHEA, se administrează de obicei pentru început în fiecare zi, timp de 14 zile, iar apoi de două ori pe săptămână. Dacă femeile preferă să folosească doar o doză de două ori pe săptămână, vor obține aceleași rezultate în cele din urmă; doar că poate dura mai mult. Nivelurile sanguine de estrogeni pot crește episodic în primele câteva săptămâni atunci când se utilizează crema de estradiol, crema EEC și DHEA și, eventual, intermitent după aceea. Acest nivel nu este suficient de

ridicat pentru a genera îngrijorări legate de sănătate – crema cu estradiol și EEC în special au în spate zeci de ani de informații colectate, dar acesta poate fi motivul pentru care unele femei semnalează inițial sensibilitate la nivelul sânilor. Odată ce estrogenul tratează inflamația vaginală, nivelurile scad. Dacă se administrează doze mai mari de cremă decât cele enumerate în tabelul 3, atunci este mai probabil ca nivelurile de estrogen să crească.

Dacă iei estrogen vaginal sau DHEA nu există un risc crescut de apariție a cancerului de sân, a atacului de cord, a accidentului vascular cerebral sau a demenței, în ciuda avertismentului Black Box Warning cerut de Food and Drug Administration (FDA). Avertismentul se bazează pe studii privind tratamentul administrat pe cale orală și transdermică și nu se aplică tratamentului vaginal. Mai multe studii de calitate au arătat că aceste preocupări nu reprezintă o problemă atunci când estrogenul vaginal este utilizat în mod corespunzător. Spre deosebire de estrogenul administrat pe cale orală sau transdermică, nu este necesar niciun progestogen (progesteron sau un hormon cu proprietăți similare celor ale progesteronului).

Hormonii vaginali nu au fost studiați comparativ, așa că nu se poate spune că produsul A este superior produsului B. Companiile farmaceutice rareori își pun produsul la bătaie printr-o comparație directă cu un altul al concurenței – ce se

întâmplă dacă produsul lor se dovedește a fi identic sau inferior? În consecință, în mod obișnuit vedem doar studii ale companiilor farmaceutice care își compară rezultatele cu un placebo, și aproape întotdeauna concluziile arată beneficii. Când cercetătorii independenți, cu finanțare din alte surse decât cele farmaceutice, analizează produsele farmaceutice, rezultatele nu sunt întotdeauna la fel de impresionante. De exemplu, atunci când tableta de 10 mcg de estradiol a fost studiată de cercetători independenți, aceasta nu a avut rezultate mai bune decât crema hidratantă placebo. Nu se știe dacă este un lucru specific preparatului (unele femei au semnalat că tabletele nu se dizolvă întotdeauna bine) sau dacă există un alt motiv.

O altă problemă cu studiile farmaceutice este modul în care sunt prezentate datele. Adesea, rezultatul are semnificație statistică, ceea ce înseamnă că efectul constatat nu s-a produs din întâmplare, dar nu se dezvăluie întotdeauna dacă acest efect a fost semnificativ în cazul acelor femei. De exemplu, capsulele vaginale cu estradiol vândute sub denumirea Imvexxy vin în doze de 4 mcg și 10 mcg. Aceste doze foarte mici de estradiol au dat rezultate mai bune decât placeboul atunci când au fost analizate modificările la nivel celular într-un studiu numit REJOICE. Acest studiu a descoperit, de asemenea, că femeilor care foloseau Imvexxy li s-a ameliorat mai mult durerea resimțită în timpul contactului sexual decât

în cazul celor care foloseau un produs placebo. Durerea simțită în timpul sexului era înregistrată pe o scală de 4 puncte, 4 reprezentând cea mai mare valoare. În a 12-a săptămână, rezultatul mediu al durerii în timpul actului sexual era de 1,1 cu doza de 4 mcg și, respectiv, de 1,0 cu doza de 10 mcg și de 1,4 în cazul femeilor cărora li se administrase placebo.

Ceea ce nu ne spune studiul este dacă un rezultat al durerii în timpul actului sexual de 1 sau 1,1 din 4 este semnificativ diferit de un rezultat de 1,4 din 4. Acest lucru nu înseamnă că femeile nu ar trebui să încerce cea mai mică doză de estrogen; înseamnă doar că studiile nu oferă întotdeauna răspunsurile care ne ajută cel mai mult când discutăm cu femeile despre preocupările lor medicale. Pentru multe femei, cea mai mică doză de estradiol poate da rezultate bune, dar dacă după trei luni nu există nicio schimbare, atunci poate fi necesară o doză mai mare.

Cum să alegi un produs? Pentru multe femei, prețul constituie un aspect important, iar pentru altele este vorba despre modul de aplicare. De exemplu, ideea unui inel care se lasă înăuntru timp de trei luni la rând este foarte tentantă pentru unele femei, iar altele resping categoric ideea (poți lăsa inelul în interior în timpul sexului sau îl poți scoate). Aplicarea cremelor le poate deranja pe unele femei, dându-le senzația de îmbâcsire, dar pe altele le poate liniști. Ideea unui produs despre care nu s-a demonstrat că poate

crește nivelul de estradiol peste nivelul menopauzei – comprimatele vaginale de 4 mcg și 10 mcg și inelul vaginal – poate fi reconfortantă pentru unele femei, în timp ce altele pot fi mai mulțumite de creme, deoarece siguranța lor a fost testată mai mult timp (doar să fie dozate corect). Femeile cu multe iritații la nivelul labiilor mici și al vestibulului ar putea avea nevoie de o cremă, deoarece capsulele pentru uz vaginal sau inelul ar putea să nu ofere suficient estrogen pentru acoperirea acestor țesuturi. Opțiunile sunt bune și nu uita că nu este vorba despre un tatuaj – dacă alegi o opțiune și nu ți se pare potrivită, o poți înlocui cu ușurință.

Dar cum rămâne cu preparatele magistrale? Conceptul și multitudinea problemelor și dezavantajelor sunt abordate în detaliu în capitolul 20. Singurul moment în care sugerez estrogen vaginal preparat în farmacie este atunci când produsul de calitate farmaceutică este prea scump. În Statele Unite, prețurile actuale sunt scandaloase – un tub de cremă generică cu estradiol poate costa peste 300 de dolari. Deși un tub ar trebui să țină cel puțin 3 luni, ba chiar adesea până la 6 luni, în funcție de doză, este vorba de mulți bani dați din buzunarul propriu, dacă produsul nu este acoperit sau este doar parțial acoperit de asigurări. Multe farmacii care prepară produse pot face aceeași cantitate de estradiol vaginal la prețul de 100 de dolari sau poate chiar mai mic. Problema aici este

că cremele preparate în farmacie pot conține mai mult estradiol decât scrie pe etichetă, ceea ce ar putea fi o problemă de siguranță pentru unele femei. În cazul în care alternativa este să nu folosești nimic, atunci o cremă preparată în farmacie poate fi o opțiune, atâta timp cât aceasta face parte din procesul decizional comun.

Femeile care continuă să aibă dureri în timpul raporturilor sexuale, prurit sau dureri mai generalizate după ce au încercat tratamentul hormonal vaginal trebuie să fie evaluate pentru identificarea altor cauze ale acestor simptome. O trecere în revistă a acestora depășește sfera de interes a acestei cărți, dar ele se regăsesc în *Biblia vaginului*.

Medicamentele fără hormoni

Ospemifenul (cu denumire comercială Osphena) este un medicament administrat pe cale orală din clasa de medicamente numite modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen (MSRE), ceea ce înseamnă că acționează ca un estrogen pe anumite țesuturi și ca un antiestrogen pe altele. Pe țesuturile vaginale acționează ca un estrogen. Este aprobat de FDA pentru a trata simptomele vaginale ale SGM.

Ospemifenul este o opțiune bună pentru femeile cărora nu le plac produsele vaginale, care consideră dureroasă aplicarea vaginală sau care caută ceva care nu este, din punct

de vedere tehnic, un hormon. Doza este de 60 mg pe zi. Ospemifenul acționează asupra uterului precum estrogenul și, deși eticheta produsului indică faptul că ar putea fi necesar un progestogen pentru a proteja mucoasa uterină, ca în cazul THM (vezi capitolul 17), există unele date care sugerează că acesta ar putea să nu fie necesar și că decizia trebuie luată pentru fiecare femeie în parte. Reacțiile adverse includ bufeurile și un risc ușor crescut de formare a cheagurilor de sânge.

Terapii minim invazive pe bază de energie

Acestea sunt lasere sau dispozitive de radiofrecvență care încălzesc țesuturile vaginale, crescând fluxul sanguin, și favorizează remodelarea țesuturilor. Unele studii de mică amploare indică faptul că acestea pot reface glicogenul din țesuturi și pot îmbunătăți microbiomul vaginal, și pot reduce pH-ul vaginal până la nivelul de dinaintea menopauzei. În ciuda popularității lor crescânde, există foarte puține date de calitate cu privire la siguranța acestor dispozitive și la performanțele lor în comparație cu estrogenul, DHEA, Ospemifenul sau chiar un gel placebo. Dacă aceste produse ar fi medicamente, ele nu ar fi încă aprobate de FDA, deoarece datele ar fi considerate insuficiente.

Unul dintre cele mai populare dispozitive se numește laser cu dioxid de carbon fracționat, dar până în prezent există doar două studii mici care îl compară cu estrogenul. Aceste studii nu au inclus un număr suficient de paciente pentru a răspunde la întrebarea cu privire la eficacitatea laserului în cazul SGM sau la siguranța acestuia. Cel mai mare dintre cele două studii a cuprins 65 de femei, dintre care 32 au fost tratate cu laserul, deci nu sunt multe date pe care să ne bazăm. De asemenea, studiul nu a fost realizat în orb, astfel încât femeile știau ce tratament primesc, și nu a existat o componentă placebo. Pentru a ști cu adevărat dacă acest laser este eficient, un grup de femei ar trebui să primească tratamentul cu laser și o cremă placebo, un alt grup un tratament fals cu laser și o cremă vaginală cu estrogen, iar un al treilea grup o procedură fictivă și o cremă placebo. Acest lucru este deosebit de important având în vedere cât de bine funcționează cremele placebo și cremele hidratante în multe studii. În plus, urmărirea acestor două studii mici nu a fost suficient de îndelungată pentru a stabili riscurile. FDA a primit rapoarte cu privire la femei care au fost rănite cu aceste lasere – și am văzut și eu așa ceva. Pe baza calității scăzute a studiilor și a lipsei unor date bune privind siguranța, aceste terapii pe bază de energie nu sunt recomandate în prezent de către American College of Obstetricians and

Gynecologists (ACOG) și North American Menopause Society (NAMS).

Ipoteza din spatele dispozitivelor cu energie nu este deplasată și merită testată, dar este exasperant faptul că acestea sunt utilizate de aproximativ cinci ani, și totuși nu există încă informații de calitate și rămân o mulțime de întrebări fără răspuns cu privire la siguranță. Femeile merită mai mult. Este rușinos dacă ne gândim că femeile au suportat o povară uriașă din cauza dispozitivelor medicale insuficient testate – de la Dalkon Shield (un dispozitiv intrauterin) la tamponul Rely, dispozitivul Essure pentru sterilizare și unele tipuri de plase utilizate pentru chirurgia vaginală – și încă purtăm discuții despre proceduri netestate care își fac loc în domeniul asistenței medicale pentru femei. Au fost folosite pe femei ani la rând, iar participarea a mai puțin de 100 de femei la studiile prospective concepute inadecvat este pur și simplu scandaloasă.

Cum de sunt aprobate aceste dispozitive? Ei bine, acestea nu sunt aprobate pentru tratarea SGM în Statele Unite și Canada. Aceste aparate sunt aprobate pentru alte utilizări și, pe parcurs, au fost folosite în neconcordanță cu eticheta, adică nu în scopul pentru care au fost concepute. Deși nu sunt la curent cu documentele interne ale niciunei companii, o metodă tipică pentru astfel de dispozitive este aceea că studiile de proastă calitate (care nu oferă genul de concluzii pe care le

dorim înainte de a expune femeile la această terapie) sunt generate de utilizarea neconformă cu eticheta. Aceste studii ar trebui doar să genereze ipoteze și să conducă la efectuarea mai multor cercetări, astfel încât dispozitivul să poată fi evaluat în mod corespunzător. În schimb, se creează cumva un entuziasm în rândul medicilor, pe rețelele de socializare și în presă. Echipamentul poate fi chiar expus în cadrul conferințelor sau promovat în rândul medicilor prin intermediul unor campanii prin e-mail, al comunicării verbale și prin alte strategii – deși toată lumea este atentă să nu afirme că terapia funcționează cu adevărat, deoarece nu este aprobată în acest scop. Odată ce dispozitivul este achiziționat sau închiriat de furnizori, el este oferit tot mai mult ca terapie. Și uite așa apare un nou tratament care există fără studii de calitate și fără un proces costisitor de prezentare pentru aprobare la FDA.

Aceste noi terapii pe bază de energie ar putea aduce schimbări incitante, cu un risc scăzut de apariție a complicațiilor atunci când sunt utilizate de un furnizor bine pregătit; ar putea fi moderat de utile, dar ar necesita tratamente destul de regulate pentru a menține efectele; ar putea fi relativ inofensive și nu mai eficiente decât un placebo, dar ar putea fi și mai puțin eficiente și mai dăunătoare decât știm. În acest moment, se poate spune doar că aceste dispozitive sunt aproape omniprezente, că au fost studiate în mod inadecvat, că nu

știm cât de bine funcționează în comparație cu produsele disponibile și că există probleme de siguranță fără răspuns.

Ceea ce este frustrant și îngrozitor este faptul că în cei câțiva ani în care aceste dispozitive au fost utilizate neconform cu eticheta, studiul prin care se putea răspunde la aceste întrebări ar fi putut fi efectuat și am fi avut răspunsul.

Ce se întâmplă dacă o femeie dorește să încerce o terapie bazată pe energie? Oamenii privesc riscurile în mod diferit, iar posibilitatea ca această terapie să nu fie atât de eficientă pe cât se pretinde sau să prezinte mai multe riscuri decât știm poate să nu le deranjeze pe unele femei. Unele persoane sunt cu adevărat interesate de terapiile noi și există femei care pur și simplu nu doresc să folosească produse vaginale acasă. Atâta timp cât este pe deplin informată cu privire la aspectele necunoscute, o femeie decide singură ce vrea să facă cu corpul ei.

Femeile care au cancer

Unele tipuri de cancer sunt sensibile la estrogeni și, prin urmare, în cazul femeilor cu o astfel de boală există îngrijorarea că estrogenul din tratamentele vaginale, inclusiv cel din DHEA, ar putea grăbi o recidivă și le-ar înrăutăți prognosticul. Cele mai frecvente cancere care se încadrează în acest grup sunt cancerul de sân, cancerul

endometrial (al mucoasei uterului), sarcomul uterin (al mușchiului uterului) și mai multe tipuri de cancer ovarian.

Femeile cu aceste tipuri de cancer ar trebui să încerce fiecare dintre opțiunile nehormonale discutate. Pentru unele dintre ele, aplicarea unui anestezic local (un medicament care amorțește, cel mai frecvent, lidocaină) la nivelul vestibulului (deschiderea vaginală) cu câteva minute înainte de actul sexual poate fi de ajutor pentru ameliorarea durerii în timpul sexului. Terapia sexuală și fizioterapia pot fi, de asemenea, utile pentru unele femei. Altele pot dori să exploreze sexul anal. Am vorbit la cabinet cu multe femei care luaseră în considerare această opțiune, dar nu făcea parte din obiceiul lor sexual, așa că au apreciat spațiul sigur pentru a discuta.

Când aceste opțiuni nu reușesc să ofere ajutor sau nu sunt acceptabile pentru unele femei, tratamentele cu estrogeni care nu duc la o creștere a nivelului de estrogen pot fi o opțiune, dar acest lucru necesită luarea în considerare a tuturor factorilor implicați, cum ar fi tipul și stadiul cancerului și timpul scurs de la diagnosticare, astfel încât nu trebuie generalizat. Produsele care pot reprezenta o opțiune în această situație sunt estrogenii în doze mici: capsulele de 4 și 10 mcg, comprimatele de 10 mcg și inelul vaginal. Cremele pot determina ocazional niveluri de estrogen detectabile, așa că trebuie evitate. Nivelurile de estradiol pot crește, de asemenea, cu DHEA, deși acestea

rămân de obicei în intervalul postmenopauză, astfel încât DHEA este mai puțin optim decât estradiolul în doze mici.

Multe femei cu cancer de sân au o preocupare suplimentară – ele ar putea lua medicamente pentru a preveni o recidivă. Aceste medicamente sunt Tamoxifenul și o clasă de medicamente numite inhibitori de aromatază, discutate anterior în capitolul 5. Tamoxifenul blochează acțiunea estrogenului asupra țesuturilor, iar inhibitorii de aromatază împiedică producerea de estrogen în fiecare țesut. Tamoxifenul este un medicament interesant, deoarece poate acționa ca un estrogen asupra anumitor țesuturi. În consecință, nu toate femeile au simptome de SGM atunci când iau Tamoxifen sau, dacă le au, este posibil ca acestea să nu fie atât de grave.

În cazul femeilor cu cancer de sân, cele cu un tip de cancer cu receptori hormonali negativi sunt probabil cele care prezintă cel mai mic risc, iar majoritatea manualelor sugerează că, în urma consultării cu medicii lor și ca parte a unei decizii comune, este acceptabilă administrarea unei doze mici de estrogen vaginal. Femeile cu cancer de sân cu receptori hormonali pozitivi care iau Tamoxifen pot fi candidate pentru o doză mică de estrogen vaginal; teoretic, dacă se absoarbe estradiol, acesta ar trebui să fie blocat de Tamoxifen pentru a nu afecta țesutul mamar. Din nou, acest lucru necesită o discuție cu ginecologul și oncologul (specialistul în cancer).

Femeile cu cancer de sân care iau inhibitori de aromatază se confruntă cu provocări unice – scopul inhibitorului de aromatază este de a împiedica producerea *tuturor* estrogenilor. Acesta este motivul pentru care efectele asupra SGM sunt atât de profunde. Deoarece inhibitorii de aromatază blochează enzima care produce estrogenul, dacă s-ar absorbi vreun estrogen din tratamentul vaginal, acesta nu ar fi blocat și ar fi liber să acționeze asupra țesuturilor. În cazul în care toate opțiunile nehormonale dau greș, s-ar putea lua în considerare trecerea de la un inhibitor de aromatază la Tamoxifen, deși este posibil ca această trecere să nu fie întotdeauna cea mai bună variantă în interesul femeii, astfel încât această abordare trebuie să fie individualizată.

O altă opțiune în cazul femeilor pentru care nu se recomandă doze mici de estrogen este reprezentată de terapiile pe bază de energie despre care tocmai am discutat. O femeie care nu poate avea relații sexuale din cauza unui inhibitor de aromatază și care s-ar putea confrunta cu nevoia de a urma un astfel de tratament timp de cinci sau chiar zece ani poate considera că necunoscutele acestei terapii pe bază de energie merită riscul.

Fiecare femeie privește riscul în mod diferit, astfel încât modul în care s-ar putea simți în legătură cu un dispozitiv care nu a fost testat în mod adecvat comparativ cu o doză mică de estrogen care, din câte știm,

nu este absorbită, poate varia. În plus, femeile trebuie să pună în balanță orice risc care le pune în pericol calitatea vieții. A trecut deja prea mult timp de când femeile care au supraviețuit unui cancer erau făcute să creadă că este suficient că trăiesc, că ar trebui să fie fericite că sunt în viață și că trebuie doar să suporte simptomele vaginale. Însă calitatea vieții este foarte importantă, așa că femeile cu antecedente de cancer care ar putea fi afectate de hormoni merită să afle care le sunt opțiunile și, împreună cu medicii lor, să facă alegerile care li se potrivesc.

DE REȚINUT

- SGM afectează până la 80% dintre femei, iar unele simptomele pot începe în timpul tranziției spre menopauză.

- Simptomele comune ale SGM sunt uscăciunea vaginală, durerea în timpul actului sexual, arsurile și pruritul.

- Opțiunile fără hormoni includ îngrijirea corespunzătoare a vulvei, lubrifianți și o cremă hidratantă.

- Estrogenul aplicat local și DEAS reprezintă un tratament eficient împotriva SGM și au ca rezultat o absorbție mică sau chiar inexistentă a estrogenului.

- Dispozitivele energetice sunt puțin studiate și, având în vedere lipsa datelor relevante, încă nu sunt recomandate de entitățile medicale importante.

CAPITOLUL 14

Sănătatea vezicii urinare

Să rupem cultura tăcerii

Este un lucru obișnuit ca femeile să prezinte afecțiuni ale vezicii urinare atât la menopauză, cât și odată cu înaintarea în vârstă, dar nu este un lucru normal și există o mulțime de diferențe între aceste două cuvinte. *Obișnuit* înseamnă că nu este o surpriză faptul că apare o afecțiune medicală, dar nu înseamnă că acea afecțiune este inofensivă și că nu ridică probleme sau că trebuie tolerată. În schimb, *normal* face să pară că experiența respectivă este ceva ce trebuie tolerat. Multe femei au probleme de sănătate a vezicii urinare și, cu toate acestea, li se spune adesea că acest lucru este „normal“ și că „face parte din ceea ce înseamnă să fii femeie“, ceea ce este inacceptabil. Imaginează-ți ce s-ar întâmpla dacă le-am spune bărbaților cu disfuncție erectilă că problema lor „nu este suficient de gravă pentru a avea nevoie de tratament“ sau „că face parte din ceea ce înseamnă să fii bărbat“. Iar în cazul disfuncției erectile, nimeni nu are scurgeri în public. Din partea femeilor se așteaptă în mod constant ca ele să tolereze consecințele biologiei lor, iar asta este inacceptabil.

O temă comună a preocupărilor legate de vezica urinară este cvasi-absența lor din

discursul public. Mă gândesc la toate revistele cu titlurile lor care profețesc „pierzania“ vaginului dacă un articol de lenjerie intimă din dantelă atinge pielea sau la discursul aparent constant despre secrețiile vaginale, și totuși, în ceea ce privește vezica urinară, cel mai adesea se tace. Nu putem învinui pe nimeni că ar fi sensibil la acest termen; la urma urmei, atât secrețiile vaginale, cât și urina sunt fluide corporale „de acolo de jos“. Într-o societate patriarhală, cele mai de preț lucruri ale femeilor sunt o vulvă și un vagin virgin, pregătite și curățate – întruchiparea literală a miturilor purității. Așadar, societatea poate avea un discurs despre vulvă și vagin, deoarece umilirea este utilă, dar preocupările legate de vezica urinară sunt asociate senectuții, o perioadă care face ca femeile să devină irelevante.

Infecțiile recurente ale tractului urinar

Infecția tractului urinar sau ITU înseamnă înmulțirea excesivă a bacteriilor din urină, care conduce la inflamare. Simptomele principale sunt durerea la golirea vezicii urinare (disurie), necesitatea de a merge mai des la toaletă (frecvență) și graba de a merge când e nevoie (urgență). Unele femei pot avea sânge în urină (hematurie). Infecțiile urinare recurente sunt diagnosticate când o femeie are două

infecții în decurs de șase luni sau trei în 12 luni.

ITU sunt destul de frecvente. Între vârsta de 20 și 59 de ani, între 2 și 4% dintre femei au cel puțin una pe an, iar riscul de infecție începe să crească în jurul vârstei de 60 de ani. Infecțiile urinare recurente se înmulțesc, de asemenea, odată cu vârsta – înainte de menopauză, până la o treime dintre femei vor avea o a doua infecție în decurs de 12 luni, dar în cazul celor aflate după menopauză, acest număr crește la 55%. În ciuda riscului sporit al femeilor de a face infecții urinare recurente după menopauză, acest domeniu rămâne insuficient studiat.

Riscul crescut al apariției infecțiilor urinare după menopauză este în mare parte legat de nivelul scăzut de estrogen, care are ca rezultat o varietate de schimbări ce facilitează aceste infecții, cum ar fi o diminuare a aportului de sânge în țesuturi, slăbirea țesuturilor și înlocuirea bacteriilor protectoare din vagin cu unele mai susceptibile de a provoca infecții – astfel încât acestea devin o sursă de infecție pentru vezica urinară. Pierderea de estrogen poate avea și un impact negativ asupra sistemului imunitar. În plus, există modificări legate de vârstă la nivelul colagenului și al sistemului imunitar care probabil că joacă și ele un rol.

Strategiile de prevenire a infecțiilor recurente sunt importante, nu numai pentru a atenua durerea și suferința, ci și pentru a reduce expunerea la antibiotice, deoarece

aceste medicamente pot provoca daune colaterale organismului (de exemplu, diaree asociată administrării de antibiotice și un risc crescut de a dezvolta bacterii rezistente la antibiotice).

Când o femeie crede că ar putea avea infecții recurente, cel mai important prim pas este efectuarea unei culturi de urină. Cultura poate confirma un diagnostic corect și poate informa medicul despre organismul care provoacă infecția și dacă acesta a devenit rezistent la vreun antibiotic. Fără antibioticul potrivit, tratamentul este sortit eșecului. Strategiile care s-au dovedit a fi eficiente în prevenirea infecțiilor urinare recurente includ:

- **ESTROGENUL VAGINAL.** Unele date sugerează că o cremă ar putea fi mai potrivită, dar acest lucru nu este sigur. Femeile ar trebui să încerce orice produs cu estrogen vaginal sau DHEA care li se pare potrivit (pentru opțiuni, vezi capitolul 13). Dacă este aleasă o altă opțiune în locul cremei cu estrogen și nu există o ameliorare a ITU în următoarele 6 până la 12 luni, poate că ar fi mai bine să fie încercată și crema, pentru a vedea dacă aceasta este mai eficientă.

- **ANTIBIOTICELE.** Acestea pot fi luate zilnic (sau la câteva zile, în funcție de medicament) pentru a preveni infecția. În cazul femeilor ale căror

infecții sunt declanșate de relațiile sexuale, utilizarea poate fi limitată la momentul de după actul sexual pentru a reduce expunerea cumulativă la antibiotice. În mod obișnuit, antibioticele sunt administrate între trei și șase luni și apoi se reevaluează necesitatea. Antibioticele utilizate în mod obișnuit sunt: trimetoprim, trimetoprim combinat cu sulfametoxazol, nitrofurantoină, cefalexină și fosfomicină.

- **HIPURATUL DE METENAMINĂ.** Este un medicament administrat pe cale orală, care în urină se transformă în formaldehidă și împiedică dezvoltarea bacteriilor. Este sigur și are puține efecte secundare.

- **D-MANOZA** reprezintă zaharuri care pot inhiba modul în care bacteriile se leagă de țesutul vezicii urinare. Există un studiu bine realizat care a indicat că 2 grame de D-manoză pe zi au fost la fel de eficiente ca un antibiotic administrat zilnic.

Există și alte opțiuni în caz de ITU recurente, adesea recomandate, dar pentru care există puține dovezi sau chiar niciuna care să le susțină utilizarea:

- **MERIȘORUL.** Cea mai mare parte dintre studii a fost finanțată – surpriză – de industria

merișoarelor. Nu există cu adevărat date de calitate care să-i susțină eficiența, ceea ce este oarecum surprinzător având în vedere cât de des este recomandat. O analiză amplă a datelor disponibile în care produsele pe bază de merișor au fost comparate cu un placebo nu a relevat niciun beneficiu.

- **VITAMINA C.** Ipoteza este că acidifică urina până în punctul în care bacteriile nu se mai pot dezvolta, dar nu există cu adevărat date care să-i susțină utilizarea.

- **PROBIOTICELE.** Bacterii benefice, probioticele recolonizează vaginul, fie restabilind mecanismele de apărare, fie înlocuind bacteriile care pot cauza ITU. Datele sunt de foarte proastă calitate și este posibil să nu primești întotdeauna ceea ce pretinde eticheta – într-un studiu privind probioticele în general, 44% dintre produsele testate au fost etichetate incorect, ceea ce înseamnă că acestea conțineau specii care nu figurau pe etichetă sau le lipseau unele ingrediente. Probioticele sunt de obicei și foarte scumpe, astfel încât se pare că banii pe care îi plătesc consumatorii nu sunt

întotdeauna investiți în controlul calității.

- **ȘTERGEREA.** Multor femei li se spune să aibă grijă să se șteargă din față spre spate după ce merg la toaletă, dar nu există dovezi că această practică este utilă.

- **GOLIREA VEZICII URINARE IMEDIAT DUPĂ SEX** nu este susținută de date. Asta surprinde mereu femeile când le spun!

Femeile care au infecții urinare recurente ar putea consulta un specialist pentru a se asigura că primesc toate terapiile preventive adecvate și că au fost luate în considerare și alte cauze mai puțin frecvente ale infecțiilor recurente.

Incontinența

Incontinența urinară înseamnă pierderea involuntară de urină și, deși afectează femei de toate vârstele, riscul crește odată cu îmbătrânirea. Aproximativ 25% dintre femeile tinere, 50% dintre cele de vârstă mijlocie și 75% dintre femeile vârstnice suferă de incontinență urinară. Din păcate, mai puțin de 50% dintre femeile care au pierderi de urină cel puțin o dată pe săptămână apelează la medic.

Incontinența urinară de efort sau IUE

Aceasta este pierderea de urină care se produce în cazul unor activități care pun mai multă presiune asupra vezicii urinare. În mod normal, când tușim, strănutăm sau ridicăm ceva greu – orice activitate care crește presiunea la nivelul abdomenului –, forța se transmite în egală măsură și asupra vezicii urinare și a uretrei. Astfel, în timp ce presiunea sau stresul suplimentar asupra vezicii urinare încearcă să împingă mai multă urină afară, uretra se strânge și mai tare pentru a o împiedica să iasă, iar rezultatul net este că nu există pierderi. În cazul IUE, forțele care sunt transferate asupra vezicii urinare le depășesc pe cele care permit uretrei să se închidă și apar scurgeri.

Cea mai bună comparație este cea cu un furtun prin care curge apă (în cazul nostru, uretra), așezat pe pământ (țesuturile de susținere). Mecanismul normal al continenței este asemenea unui picior care calcă pe uretră – fluxul de urină este oprit. În cazul IUE, țesuturile de susținere se schimbă, așa că, în loc de un suport de ciment, imaginează-ți un teren noroios și alunecos. Acum, când piciorul calcă pe furtun, furtunul poate aluneca, iar din cauza presiunii piciorului, etanșeitatea este deficitară, astfel că apar scurgeri. Motivele apariției IUE sunt variate. Genetica joacă în mod clar un rol în ceea ce privește rezistența și susținerea țesuturilor. Pierderea

estrogenului afectează, de asemenea, integritatea țesuturilor; cu toate acestea, administrarea sistemică a unui tratament hormonal al menopauzei sau THM (adică pe cale orală sau transdermică, vezi capitolul 17) este de fapt asociată cu un risc crescut de IUE, astfel încât, în mod evident, rolul estrogenului este complicat. Vârsta are un impact negativ asupra colagenului, precum și asupra masei musculare, inclusiv asupra mușchilor diafragmei pelviene, care înconjoară și susțin vezica urinară și uretra. Deteriorarea țesuturilor din cauza nașterii este un factor, iar obezitatea joacă și ea un rol. Fumatul este un factor de risc pentru IUE, precum și constipația, deoarece sforțarea repetată poate răni țesuturile.

Unele femei au pierderi doar când sar pe o trambulină sau când ridică greutăți din cauza exercitării unei presiuni atât de mare asupra vezicii urinare încât uretra cedează. Femeile care au pierderi de urină doar în aceste situații pot fi ajutate cu oricare dintre tratamentele împotriva IUE.

Femeile care cred că au IUE ar trebui să fie evaluate pentru depistarea unei infecții urinare, deoarece aceasta poate cauza incontinență. Odată ce au primit undă verde, adoptarea unor strategii elementare, cum ar fi atenția la consumul de apă (recomandarea de opt pahare de apă pe zi este un mit) și exercițiile de întărire a diafragmei pelviene – numite adesea exerciții Kegel – sunt un bun punct de plecare. Multe femei pot învăța să facă aceste exerciții pe cont propriu, dar

unele pot avea nevoie de ajutor din partea unui fizioterapeut specializat în sănătatea diafragmei pelviene.

Exercițiile Kegel constau în contracții susținute (menținerea comprimării sau a contracției mușchilor diafragmei pelviene, lucrând până la zece secunde), precum și în contracții scurte – adică o contracție simplă, urmată de relaxare care durează maximum două secunde, repetate de mai multe ori. Cu o mai mare putere și control al mușchilor pelvieni, femeile pot învăța și ceea ce se numește manevra Knack, care constă în contractarea diafragmei pelviene înainte și în timpul tusei. Despre cum să începi exercițiile Kegel poți citi în *Biblia vaginului* și pe pagina de internet American Urogynecological Association (AUGS) la adresa augs.org (dă click pe secțiunea „Patient Services“).

Golirea temporizată a vezicii urinare, adică urinarea după un anumit program, poate fi utilă. Motivele pentru care funcționează sunt probabil mai complexe decât pur și simplu să nu ajungi niciodată la punctul în care vezica este plină. Golirea este un reflex complex care implică mulți factori comportamentali, iar semnalele fizice și golirea temporizată pot ajuta la consolidarea altor circuite între creier și vezică. Când exercițiile pentru diafragma pelviană sunt combinate cu golirea temporizată, incontinența se poate ameliora semnificativ.

Chiar și o mică pierdere în greutate poate avea un impact mare asupra IUE – pierderea a aproximativ 8% din greutatea corporală poate reduce numărul episoadelor de incontinență la jumătate, iar renunțarea la fumat poate fi, de asemenea, utilă.

Variantele în cazul IUE implică susținerea dispozitivului de protecție pe care l-am discutat în analogia cu furtunul. Acest lucru poate fi realizat cu ajutorul pesarelor intravaginale (dispozitive pentru reducerea incontinenței urinare), care sunt plasate longitudinal în vagin și care oferă suport pentru uretră. Unele femei consideră că un tampon poate fi de ajutor și există un dispozitiv asemănător cu un tampon care se vinde fără rețetă, numit Impressa. Un medic poate încerca să insereze un inel împotriva incontinenței, care are avantajul de a fi reutilizabil și poate fi purtat pentru perioade mai lungi decât tamponul sau Impressa. Există și un dispozitiv împotriva incontinenței urinare care poate fi procurat fără rețetă, numit Uresta, nefiind necesară o vizită la medic. Dispozitivele pentru incontinență urinară pot fi foarte utile și împotriva IUE, iar femeile sunt, în general, foarte satisfăcute de aceste opțiuni.

Dar cum rămâne cu estrogenul? Am abordat deja modul în care THM poate agrava incontinența urinară de efort – deci femeile care aleg să înceapă THM trebuie să fie conștiente de acest lucru –, dar estrogenul vaginal (vezi capitolul 13) poate ajuta unele femei, iar motivele sunt

necunoscute. Este posibil ca estrogenul prezent în uretră și în vagin în cantități mici (așa cum ar fi obișnuit în cazul THM) să aibă un efect, iar dozele mai mari existente la nivelul țesuturilor vaginale și al vezicii urinare obținute cu ajutorul hormonilor vaginali să aibă un alt efect.

Intervenția chirurgicală poate fi, de asemenea, utilă împotriva IUE. Cea mai frecventă procedură se numește „bandeletă uretrală" și implică introducerea unei benzi de plasă sub uretră, care oferă același tip de protecție ca un pesar. Există și alte opțiuni chirurgicale în cazul IUE, dar o discuție în acest sens depășește sfera de interes a acestei cărți.

Multe femei au auzit povești și rapoarte îngrijorătoare despre plasa vaginală și, prin urmare, ar putea fi surprinse când li se recomandă o procedură cu plasă împotriva IUE. Dar nu toate plasele sunt la fel, iar acesta este un factor important care este neglijat în mod constant atunci când citesc articole de presă despre plasele chirurgicale. Să bagi toate plasele chirurgicale în „aceeași oală" este ca și cum ai pune la un loc toate autovehiculele, de la autoturismele care au trecut cu succes inspecțiile de siguranță și au primit calificative înalte din partea publicației *Consumer Reports* până la mașinile de teren fără airbaguri sau centuri de siguranță. Da, și unele, și celelalte sunt autovehicule, dar nu sunt la fel.

Multe dintre problemele legate de plasele chirurgicale sunt din cauza unor produse

care nu au fost testate în mod adecvat și care nu ar fi trebuit să ajungă niciodată pe piață, iar eu sunt norocoasă că specialiștii în probleme ale vezicii urinare cu care lucrez de mulți ani nu au luat niciodată în considerare utilizarea acestor produse, deoarece datele erau insuficiente. Din cauză că aceste produse de tip plasă au fost puternic promovate de companiile farmaceutice ca fiind „ușoare" – intervențiile chirurgicale tradiționale pentru incontinență și prolaps (discutate în continuare) necesită o pregătire suplimentară în afara rezidențiatului –, ele au fost adesea folosite de chirurgi care nu ar fi trebuit să realizeze niciodată o astfel de operație. Nu încerc să îi disculp pe acești medici, ci mai degrabă încerc să explic diferența dintre o plasă proastă și una care a fost studiată și este considerată sigură în momentul în care este folosită de chirurgi bine pregătiți.

Bandeletele uretrale, cea mai frecventă intervenție chirurgicală cu plasă împotriva IUE, reprezintă probabil una dintre cele mai studiate proceduri din ginecologie. Volumul de date este impresionant și reprezintă o mărturie pentru acei medici care se dedică sănătății femeilor. Numărul femeilor satisfăcute de bandelete este mare, iar cel al cazurilor cu complicații este scăzut. Ca orice intervenție chirurgicală, există riscuri, iar un chirurg bun ar trebui să le treacă în revistă pe toate, astfel încât fiecare femeie să poată decide asupra raportului risc-beneficiu personal. Din nefericire, multe

femei cu IUE nu se informează suficient cu privire la această operație, așa că, de îndată ce aud cuvântul „plasă“, pur și simplu nu mai vor să discute nimic.

Vezica hiperactivă

Vezica urinară hiperactivă (VHA) este exact așa cum sună – adică vezica urinară este antrenată să se golească atunci când conține un volum de urină mai mic decât cel obișnuit. În cazul sindromului VHA, vezica este tensionată și se contractă fără să primească un semnal că se umple și că trebuie să se golească. VHA nu este o afecțiune specifică menopauzei, ci doar una comună.

În mod normal, volumul necesar pentru golire este de 180-240 de mililitri, dar în cazul VHA nevoia de a urina apare la volume mai mici. La unele femei, nevoia de a urina poate avea factori declanșatori – cum ar fi să se îndrepte spre baie sau să își dea hainele jos, dar alteori se poate întâmpla pe nepusă masă. La femeile cu VHA disconfortul poate fi creat pur și simplu de nevoia de a urina, ceea ce înseamnă că femeia este capabilă să ajungă la baie la timp, doar că trebuie să meargă des și este incomod și enervant. Pe de altă parte, nevoia poate fi atât de acută, încât vezica se golește și femeia pierde urină involuntar. Dacă femeile își pierd mobilitatea, o VHA care înainte nu avea scăpări se poate

transforma în incontinență pentru că femeile nu pot ajunge la timp la baie.

Femeile care suspectează că suferă de VHA ar trebui să țină un jurnal al vezicii urinare, adică să noteze tot ceea ce beau și cât urinează timp de cel puțin 24 de ore pentru a monitoriza frecvența micțiunilor, volumul de urină eliminat și dacă au scăpări. În cazul în care au scăpări, trebuie să știe dacă ele sunt ușoare sau în cantitate mai mare. Acest lucru este util pentru urmărirea progreselor, precum și pentru a te asigura că ai cu adevărat VHA, spre deosebire de cazul în care bei atât de multe lichide pe parcursul zilei încât multiplele tale ieșiri la toaletă reprezintă faptul că vezica ta funcționează normal. În plus, este important să se excludă o infecție urinară.

Terapiile pentru VHA susținute de dovezi medicale includ:

- **ANTRENAREA VEZICII URINARE.** Aceasta este o tehnică de control al minții asupra vezicii urinare, deoarece creierul este cel care îi spune să se relaxeze pentru a se putea umple și să se contracte ori să se golească. Această metodă înseamnă creșterea timpului între vizitele la toaletă pentru a antrena conexiunea creier–vezică să accepte un volum mai mare de urină înainte de a da alarma „trebuie să merg la toaletă“. De asemenea, încorporează tehnici

pentru a controla nevoia, cum ar fi relaxarea sau distragerea atenției. Consolidarea conexiunii dintre creier și vezica urinară este eficientă deoarece majoritatea semnalelor dintre ele sunt cele care promovează relaxarea vezicii urinare. În cadrul studiilor, antrenamentul vezicii urinare are rezultate mai bune decât medicamentele împotriva sindromului VHA.

- **DIETA.** Unele alimente pot irita vezica urinară, contribuind la apariția spasmelor. Printre alimentele care trebuie limitate sau evitate se numără cafeaua, ceaiul, sucurile carbogazoase, îndulcitorii artificiali, sucurile de fructe și alcoolul.

- **REVIZUIREA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS.** Unele femei iau diuretice sau pastile pentru eliminarea apei care măresc volumul de urină. Uneori poate fi posibilă schimbarea acestui medicament cu unul care nu mărește volumul de urină.

- **FIZIOTERAPIA DIAFRAGMEI PELVIENE.** Contractarea diafragmei pelviene trimite un semnal către vezica urinară să se relaxeze. Acest lucru poate contribui la calmarea VHA

în general, iar prin antrenament femeile pot învăța și o manevră care să contribuie la reducerea impulsului la comandă. Efectuarea unui set de cinci contracții rapide urmate de relaxarea imediată a mușchilor pelvieni – de îndată ce apare nevoia de golire a vezicii – poate relaxa vezica urinară și poate oferi timp pentru a ajunge la toaletă fără a avea scăpări.

- **MEDICAMENTELE.** Acestea contribuie la reducerea contracțiilor vezicii urinare. Există o întreagă varietate pe piață. Dacă unul este ineficient sau a avut efecte secundare intolerabile, un alt medicament poate fi mai eficient sau mai bine tolerat. Substanțele medicamentoase obișnuite pentru VHA includ oxibutinina, solifenacina, tolterodina, darifenacina, fesoterodina și clorura de trospiu. În general, dacă o femeie a încercat un medicament împotriva VHA care nu a dat rezultate, atunci ar trebui să consulte un specialist.

- **INJECȚIILE.** Toxina botulinică A (botox) injectată în mușchiul vezicii urinare este foarte eficientă.

- **CHIRURGIA.** Aceasta presupune implantarea unui dispozitiv care stimulează un nerv care alimentează vezica urinară. Această variantă este rezervată în mod obișnuit femeilor care nu au obținut rezultate cu alte opțiuni.

Există o varietate de alte terapii împotriva VHA care sunt mai puțin studiate, cum ar fi dispozitivele energetice și o procedură asemănătoare acupuncturii, cunoscută sub numele de stimularea percutanată a nervului tibial.

Caruncului uretral

Aceasta este o afecțiune în care pierderea suportului tisular determină celulele uretrei să formeze o protuberanță și să se irite. Caruncului este o leziune de culoare roșie, cu o dimensiune de aproximativ 1 centimetru în zona meatului uretral. Dar având în vedere cât de greu este să te uiți la propria vulvă, pentru femeile care își folosesc telefonul pentru a vedea ce le supără, un caruncul poate arăta ca o formațiune proeminentă care iese din vagin și poate fi atât de înfricoșător – enervant ar fi de fapt o descriere bună –, încât poate semăna chiar cu o tumoră canceroasă, dar el este benign.

Caruncul este asociat pierderii de estrogen la nivelul țesutului de susținere al meatului uretral și răspunde bine la crema

locală cu estrogeni, fie cu estradiol, fie cu EEC (estrogeni ecvini conjugați).

Prolapsul organelor pelviene

Prolapsul organelor pelviene sau POP reprezintă coborârea sau lăsarea în jos a vaginului, a uterului, a vezicii urinare sau a intestinului ori o combinație a acestora. Adesea poate fi dificil să te uiți la un POP, așa că gândește-te la o șosetă trasă pe mână – dacă o parte din interiorul șosetei este prinsă și trasă în jos spre deschidere, cam așa arată POP.

Unele cazuri de POP sunt firești odată cu înaintarea în vârstă, deoarece țesuturile lăsate sunt sinonime cu îmbătrânirea colagenului. Vaginul este literalmente proiectat să se întindă (un lucru bun atunci când încerci să aduci pe lume un copil), dar acest lucru îl face mai vulnerabil la efectele unice ale îmbătrânirii asupra țesuturilor elastice. Un prolaps ușor este atât de obișnuit încât 40–50% dintre femeile care nu au simptome află de el abia la examinare, astfel încât nu contează dacă o femeie are POP, ci mai degrabă dacă are simptome deranjante cauzate de această afecțiune.

Cel mai frecvent simptom al POP este o umflătură la nivelul deschizăturii vaginale, care poate fi simțită când te ștergi sau când te așezi. Presiunea crescută sau senzația că ceva iese în afară sunt, de asemenea, simptome posibile, iar atunci când POP este

în stare gravă, partea care a prolapsat poate să fi coborât atât de mult încât să se afle în afara vaginului (gândește-te la o șosetă întoarsă pe dos pe jumătate). Alte simptome ale POP sunt dificultățile de defecare și, ocazional, obstrucționarea fluxului de urină. POP nu provoacă durere în timpul actului sexual sau dureri pelviene.

POP nu este o afecțiune specifică menopauzei. Ea are legătură cu modificările colagenului survenite odată cu vârsta, cu susceptibilitatea genetică și cu orice activitate care poate deteriora colagenul din țesuturi, cum ar fi fumatul, constipația cronică și nașterea.

Unele femei sunt puternic deranjate de POP, dar altele nu sunt deloc. Acesta este un aspect foarte important, deoarece, cu excepția cazului în care POP obstrucționează fluxul de urină sau prolapsul este atât de sever încât țesuturile atârnă prin vagin și se ulcerează din cauza expunerii (ele nu sunt menite să fie externe), nu este o afecțiune care să necesite tratament medical. De obicei, POP este tratat doar dacă pacienta este deranjată. Aceasta este o preocupare importantă pentru calitatea vieții, dar trebuie făcută o distincție importantă – tratarea POP este o opțiune validă, dar de obicei nu este o necesitate medicală.

Multe femei pot obține o ameliorare considerabilă a simptomelor cu ajutorul exercițiilor pentru mușchii pelvieni (exercițiile Kegel, după cum am mai

menționat) și al unui pesar – dispozitiv care se amplasează în vagin pentru a susține țesuturile și care este asemănător unui inel pentru incontinență, dar unul cu steroizi. Acestea necesită un pic mai multă experiență decât inelul împotriva incontinenței pentru a fi amplasate – medicul trebuie să cunoască gama de dispozitive de acest gen și să înțeleagă cum poate funcționa fiecare pesar în funcție de anatomia femeii și de tipul și gravitatea prolapsului. Pesarele sunt foarte eficiente în cazul prolapsului organelor pelviene și foarte multe femei sunt mulțumite de rezultat. Chiar și în cazul unui POP avansat, un pesar corect fixat va avea succes la aproximativ două treimi dintre femei.

Intervenția chirurgicală în cazul POP depășește sfera de interes a acestei cărți. Femeile ar trebui încurajate să încerce mai întâi toate opțiunile nechirurgicale, iar dacă acestea nu dau rezultate sau dacă prolapsul le deranjează în continuare, atunci intervenția chirurgicală ar putea fi o soluție viabilă. Intervenția chirurgicală în cazul prolapsului este o operație de amploare, iar nivelurile de recurență sunt ridicate – problema principală este reprezentată de fragilitatea țesutului, iar intervenția chirurgicală nu poate rezolva această problemă. Intervenția chirurgicală în cazul prolapsului poate provoca uneori dureri pelviene sau dureri în timpul actului sexual; adesea acest lucru poate fi tratat, dar nu întotdeauna. Orice femeie care se gândește

la o intervenție chirurgicală în cazul prolapsului ar trebui să fie evaluată de un chirurg – fie de un obstetrician ori ginecolog, fie de un urolog – care este specializat în uroginecologie, astfel încât să poată evalua corect riscurile pacientei în raport cu beneficiile tratamentului ales.

DE REȚINUT

- Riscul apariției infecțiilor urinare recurente crește atât la menopauză, cât și odată cu vârsta, iar estrogenul vaginal este o strategie preventivă eficientă.
- Incontinența este frecventă și se agravează pe măsură ce femeile îmbătrânesc, în principal din cauza problemelor legate de vârstă, nu a modificărilor hormonale cauzate de menopauză.
- Multe femei evită să se preocupe de incontinență și, din păcate, rămân fără tratament.
- IUE apare când uretra nu este capabilă să se închidă și să prevină pierderile de urină; există multe terapii nechirurgicale eficiente, dar există și operații care dau rezultate foarte bune.
- Vezica urinară hiperactivă este o conexiune spastică între creier și vezica urinară și există multe tratamente eficiente.

CAPITOLUL 15

Să vorbim despre sex

Povestea complicată a dorinței

Discuția despre sex este complicată; suntem permanent bombardați cu imagini

care ne spun că viața noastră ar trebui să se rezume la sex. Sex! Și mai mult sex! Orice altceva mai puțin decât sexul este anormal. Dar studiile arată că există o mare discrepanță între ceea ce spun oamenii că își doresc în materie de sex (Mult! Mai mult!) și cât sex fac de fapt cei mai mulți dintre ei (o dată pe săptămână, puțin mai mult în cazul persoanelor căsătorite).

Motivul pentru care oamenii care ar putea face mai mult sex nu fac (adică cei care au parteneri) este complicat. Unii nu comunică bine pe plan sexual – n-ar trebui să presupui ce vrea partenerul din punct de vedere sexual, la fel cum nu ar trebui să presupui ce și-ar putea dori la cină. Alții pot simți presiunea societății de a spune că sexul este ceea ce contează mai presus de orice, chiar și în cadrul sondajelor. Se întâmplă ca oamenii să nu fie sinceri în sondajele referitoare la viața lor intimă pentru că să recunoști ceva față de tine însuți poate fi dificil. De asemenea, mulți dintre noi ne dorim mai multe lucruri care ne plac, așa că, atunci când suntem întrebați într-un sondaj, este posibil să acordăm unui lucru un punctaj mai mare decât ceea ce se poate realiza în mod practic în realitate.

Și, în final, există o mulțime de idei eronate despre sex. Mulți cred în mod greșit că a face sex în cuplu este unul dintre acele lucruri spontane care se întâmplă fără planificare. Și în timp ce pasiunea, pofta și emoția de a avea pe cineva nou pot constitui un stimulent spontan al sexului la începutul

unei relații, adevărul este că o viață sexuală de succes pe termen lung necesită cultivare. Mulți depun mai mult efort pentru organizarea activităților de după școală pentru copiii lor sau curățenia casei, în postările pe rețelele de socializare sau pentru cumpărături decât depun pentru viața lor sexuală. Nu îi judecăm. Toate acestea sunt lucruri importante care trebuie acceptate. Ca să fie cu adevărat o prioritate mai mare, sexul chiar trebuie *să fie* o prioritate mai mare.

În plus, există o întreagă industrie farmaceutică, precum și mulți medici care doresc ca femeile să creadă că lipsa excitației lor (o dorință spontană ridicată sau apetitul sexual) este o afecțiune medicală. Ceea ce vreau să spun este că răspunsul sexual normal al multor femei a fost transformat într-o boală care poate fi tratată doar cu medicamente. Acest lucru deformează mesajele pe care le primesc femeile, deoarece medicamentele pentru sex sunt cele care apar pe prima pagină a ziarelor, nu răspunsul sexual normal.

Cu câțiva ani în urmă, a apărut un medicament, numit flibanserină, pentru tulburarea hipoactivă a dorinței sexuale (sau THDS – o afecțiune care acum nu se mai diagnostichează și care este, probabil, cel mai bine descrisă ca absența excitației spontane), care a fost puternic promovat de un grup de medici specializați în medicină sexuală, finanțați de industria farmaceutică, care și-au numit campania „Even the Score“.

Bărbații primesc tot felul de medicamente pentru sex, susțin ei, dar femeile sunt lăsate deoparte. Și aceasta era o criză, deoarece 43% dintre femei sufereau de lipsa dorinței sexuale. Era o adevărată epidemie de tulburări de dorință.

Îmi amintesc că atunci când am citit pentru prima dată aceste cifre m-am îngrozit. Cunosc o mulțime de femei și vorbesc zilnic cu pacientele despre sex și aproape jumătate dintre ele nu sunt deranjate de viața lor sexuală. În realitate, numărul femeilor cu tulburări de dorință se situează între 7 și 10%. Cifre importante, dar care nu reprezintă neapărat un titlu în presă. Cealaltă problemă e legată chiar de ceea ce făcea „Even the Score". Femeile chiar beneficiază de medicamente pentru sex care sunt echivalente cu inhibitorii fosfodiesterazei (medicamente precum Viagra) – estrogen și DHEA vaginale, estrogeni administrați transdermic și oral și osfemină administrată oral. La fel ca inhibitorii fosfodiesterazei, aceștia cresc aportul de sânge către organele genitale. Inhibitorii de fosfodiesterază îmbunătățesc capacitatea mecanică de a face sex – la fel ca estrogenii, DHEA și osfemina –, dar nu aduc și dorința.

Misiunea celor din spatele campaniei „Even the Score" de a obține aprobarea flibanserinei pentru femei a fost acoperită destul de mult de mass-media, care s-a implicat în petiția adresată agenției FDA.

Cine a finanțat „Even the Score“? Probabil că ai ghicit deja: compania care a produs medicamentul.

Acest lucru este important, deoarece dificultățile sexuale sunt frecvente, dar ele nu fac ca ceva să fie disfuncțional sau să devină o boală. Realitatea sexualității femeilor a fost transformată într-o poveste care să servească unui scenariu patriarhal și într-o boală pentru a susține industria farmaceutică. În cazul dorinței, un model medical nu poate funcționa prea bine, deoarece motivele pentru care oamenii se angajează în relații sexuale sunt complexe, numeroase, personale și influențate de numeroși factori. Pentru apetitul sexual scăzut nu se poate folosi un model medical, așa cum se folosește pentru apendicită. La urma urmei, dacă partenerul tău este atent la apendicele tău, dacă poți vorbi cu partenerul tău despre apendice și chiar și felul în care partenerul discută cu tine și dacă partenerul își face partea lui de treabă prin casă nu influențează în niciun fel faptul că faci sau nu apendicită.

Dezasamblarea dorinței

Înainte de a discuta despre dorință și despre modul în care aceasta ar putea afecta femeile în perioada de tranziție spre menopauză și ulterior, ar trebui să avem o idee clară despre subiectul de discuție – așa cum spune Pisica de Cheshire: „Dacă nu știi

încotro mergi, orice drum te va duce într-acolo."

Dorința poate însemna intenția activă de a te angaja într-o activitate sexuală sau de a fi receptivă la angajarea într-o activitate fizică. Ceea ce înseamnă că lipsa dorinței spontane nu este o afecțiune medicală. Modelul tradițional al răspunsului sexual începe cu dorința spontană, care conduce la excitație și apoi la orgasm. Ca multe alte lucruri în viață și în medicină, acest model s-a bazat în primul rând pe răspunsurile sexuale ale bărbaților. Ceea ce știm acum este că acest model nu se aplică multora dintre femei și nici nu funcționează în cazul tuturor bărbaților. Acum trebuie adăugat că patriarhatul le face rău atât bărbaților, cât și femeilor, deoarece bărbații care nu respectă modelul de *a se gândi mereu la sex și de a fi mereu pregătiți* sunt văzuți ca inferiori, când de fapt nu fac decât să urmeze scenariul sexual care funcționează în cazul lor.

Dr. Rosemary Basson a introdus în anul 2000 un nou model, care sugerează că dorința este mult mai complicată decât o simplă linie dreaptă între dorință și orgasm. Se pare că dorința nu este întotdeauna spontană și nu este singurul motiv care-i determină pe oameni să facă sex. Sexul este multidimensional, la fel ca oamenii care îl practică. Dorința spontană sau libidoul pot fi motivul pentru care unii fac sex, dar putem decide să ne angajăm în acte de intimitate fizică din alte motive decât dorința – de exemplu, pentru a primi consolare sau

pentru satisfacerea partenerului –, iar apoi, odată ce acțiunea începe să se desfășoare, intervine dorința. Dorința vine adesea după excitație și este important să normalizăm această experiență a excitației urmate de dorință.

Gândește-te la sex ca la o petrecere, iar lipsa dorinței spontane înseamnă să stai pe canapea fără să te gândești deloc la o petrecere. De fapt, este cam ca o seară de film petrecută în pijamale și cu o gutieră dentară în gură. Partenerul tău te întreabă „Vrei să mergem la o petrecere?“, iar tu îi răspunzi „Mnu!“. Dar apoi partenerul îți amintește cât de mult te-ai distrat la ultima petrecere. Și chiar așa a fost, te-ai distrat. Și îți spune cât de frumoasă ești mereu, nu doar la petreceri, și că mereu zici că nu vei dansa, dar întotdeauna o faci. Așa că te gândești „Bine, voi încerca petrecerea vreo cinci minute“, dar nu-mi schimb hainele! Asta înseamnă că ești dispusă.

Partenerul tău spune: „Excelent, întotdeauna arăți minunat, așa că nu renunța la pijamale!“ Și „pleci“ la petrecere. Și da, intri pe ringul de dans imediat după ce ajungi acolo și te distrezi de minune. După aceea, petreceți timp îmbrățișându-vă și vorbind despre petrecere și te bucuri că te-ai dus.

Acesta este un model al dorinței reactive. Sau mai degrabă unul dintre modele pentru că relațiile sunt complexe. Dar să-ți dorești pe cineva care să-ți aprindă focul nu este ceva anormal; așa se întâmplă mereu în

cazul unor femei sau episodic în cazul altora.

Înainte ca acest model să fie acceptat pe scară largă, tulburarea standard a dorinței se numea tulburare hipoactivă a dorinței sexuale sau THDS. S-a renunțat la acest termen deoarece el se concentra doar asupra dorinței spontane, transformând o experiență normală pentru multe femei – dorința reactivă – într-o boală. Probabil că nu te surprinde să afli că, deși s-a renunțat la diagnosticul THDS deoarece transforma o experiență normală într-o afecțiune, el este folosit și astăzi în unele articole care promovează medicamentele pentru... da, ai ghicit: THDS!

Noul termen pentru tulburarea dorinței sexuale este tulburarea interesului/excitației sexuale (TIES), iar o femeie trebuie să se confrunte cu cel puțin trei dintre următoarele situații cel puțin șase luni pentru a îndeplini condițiile:

- Dorința redusă sau inexistentă de a întreține relații sexuale;
- Gânduri/fantezii sexuale rare sau inexistente;
- Inițierea activității sexuale *și* receptivitatea redusă sau absentă;
- Plăcere sexuală redusă sau inexistentă;
- Dorință redusă declanșată de factori de natură sexuală sau de

stimulare sexuală;

- Senzații senzoriale genitale sau nongenitale reduse sau inexistente.

În plus, femeia trebuie să fie tulburată de aceste simptome – dacă doar pe partenerul ei îl deranjează, nu constituie un diagnostic. Și nu trebuie să existe nicio altă cauză a simptomelor, cum ar fi stresul legat de relație, o tehnică sexuală inadecvată, un efect secundar al medicamentelor sau durerea provocată de actul sexual.

De asemenea, este important de reținut că dorința este aproape întotdeauna mai mare la începutul unei relații și scade cu aproximativ 50% în relațiile care durează trei ani sau mai mult. Da, 50% și în doar trei ani. Cu astfel de statistici, scăderea dorinței este adesea o consecință firească a relațiilor de lungă durată. Un considerent important este că începutul unei relații este, de obicei, momentul în care toți cei implicați depun eforturi pentru a cultiva dorința.

Menopauza și dorința

Tranziția spre menopauză este asociată cu scăderea dorinței. Într-un studiu, 12% dintre femeile cu vârste cuprinse între 45 și 64 de ani au avut tulburări legate de dorință, iar în cazul femeilor cu vârsta de peste 65 de ani acest număr a fost cu 7,4% mai mare. Interesant este că acest lucru nu are

legătură cu hormonii, ceea ce înseamnă că există multe femei cu niveluri scăzute de estrogen și testosteron și cu niveluri ridicate de dorință, dar și reversul este adevărat. Ca atare, nivelurile hormonale nu sunt indicate într-o evaluare a preocupărilor legate de dorință.

Problemele legate de dorință la menopauză pot fi confundate cu dificultățile sexuale. Ceea ce vreau să spun este că, dacă actul sexual este dureros, este de așteptat să scadă dorința. Acest lucru este valabil pentru orice cauză a durerii în timpul sexului, și sunt multe cauze. Sindromul genito-urinar al menopauzei (SGM), o cauză frecventă a durerii în timpul sexului, este abordat în capitolul 13, iar persoanele care doresc să afle mai multe despre alte cauze ale durerii în timpul sexului pot citi *Biblia vaginului*, care are mai multe capitole pe această temă. Femeile cu incontinență pot avea, de asemenea, o dorință redusă de a face sex dacă se tem să nu aibă pierderi de urină sau de scaun în timpul actului sexual.

Este important să luăm în considerare și afecțiunile medicale și medicamentele care pot afecta dorința. De exemplu, dacă o femeie doarme prost sau suferă de depresie, dorința ei de a face sex poate fi afectată. În plus, unele medicamente pot afecta în mod direct dorința sau pot duce la dificultăți în atingerea orgasmului, ceea ce reprezintă o problemă în sine și poate să diminueze la rândul său dorința. Aceste medicamente includ (dar nu se limitează la) multe dintre

antidepresive, spironolactona, beta-blocantele, trazodona (un somnifer) și opioidele. Teoretic, THM administrat oral poate afecta dorința, deoarece produce mai multă globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) (îți amintești: Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri?), astfel încât este disponibil mai puțin testosteron activ. Chiar dacă nivelul de testosteron nu este un indicator al libidoului, uneori trecerea de la estrogenul administrat oral la cel administrat transdermic poate fi utilă. Trebuie să recunoaștem că rolul testosteronului și al dorinței este complicat, deoarece femeile cu sindromul ovarelor polichistice (SOP) au niveluri mai ridicate de testosteron, și totuși nu declară o creștere a dorinței, ci contrariul. Când se crede că un antidepresiv este cauza dorinței scăzute, trecerea la bupropionă (Wellbutrin), tot un antidepresiv, dar care este mai puțin probabil să aibă acest efect secundar, sau combinarea lui cu celălalt antidepresiv (dacă este sigur din punct de vedere al depresiei), sunt variante posibile. O altă opțiune este încercarea inhibitorului de fosfodiesterază, cum ar fi Viagra.

Așadar, când dorința pare să fi „murit", primul pas este să se analizeze medicamentele, afecțiunile medicale, stilul de viață în general și comunicarea cu partenerul. Problemele de relație, stresul financiar sau stresul de la locul de muncă ori din alte surse pot afecta dorința.

Pe măsură ce femeile îmbătrânesc, nu este neobișnuit ca ele să aibă nevoie de mai

multă stimulare fizică pentru a se excita și a atinge orgasmul. Nu uita că toate circuitele și toate „piesele“ îmbătrânesc. Unele femei au nevoie de ochelari, altele, de aparate auditive, așa că un impuls pentru a obține suficientă stimulare ca să se excite și să aibă orgasm poate fi normal pentru multe femei. Motivul este necunoscut, dar unele posibilități includ un flux sanguin redus, micșorarea clitorisului, pierderea din masa mușchiului *levator ani* (cel care se contractă fizic în timpul orgasmului) sau îmbătrânirea generală a sistemului nervos.

În consecință, unele femei constată că, deși înainte puteau atinge orgasmul prin masturbare, sex oral sau penetrare vaginală, acum nu mai pot. Dacă sexul este mai puțin satisfăcător din punct de vedere fizic, acest lucru ar putea avea un impact asupra dorinței. Primul pas este creșterea intensității senzoriale cu ajutorul unui vibrator, dacă nu se folosește deja unul (atâta timp cât nu există durere în timpul actului sexual, acesta ar trebui să fie primul lucru de luat în considerare). Dacă se folosește deja un vibrator, ar putea fi utilă investiția într-unul care poate oferi mai multă stimulare sau unul care poate stimula și alte zone (de exemplu, vaginal sau anal). De pildă, le recomand în mod regulat pacientelor mele să meargă la un sex-shop local. Angajații de acolo sunt incredibil de serviabili, știu orice despre toate vibratoarele de pe raft și sunt bucuroși să ajute. Sunt doctori ai plăcerii sexuale. Multe orașe au

magazine similare, iar pentru persoanele care nu se simt confortabil să meargă în persoană, o conversație la telefon poate fi utilă pentru a face alegerea potrivită în cazul cumpărăturilor online.

Totodată, trebuie luată în considerare întărirea mușchilor pelvieni, care se contractă fizic în timpul orgasmului. Pentru informații suplimentare despre antrenamentul diafragmei pelviene, recitește capitolul 14 sau consultă *Biblia vaginului*. În plus, o vizită la un fizioterapeut specializat în sănătatea diafragmei pelviene pentru o evaluare oficială și un plan de tratament poate fi, de asemenea, utilă. Ia în considerare contractarea mușchiului *levator ani* în timpul preludiului pentru a crește fluxul de sânge local și pentru stimulare.

Cultivarea dorinței

Deci, cum își mențin oamenii dorința? În cadrul unui studiu, cercetătorii au intervievat persoane care încă mai aveau dorință într-o relație pe termen lung și le-au comparat cu cele care nu o mai aveau. Satisfacția sexuală și pasiunea erau mai mari în rândul persoanelor care făceau sex mai des, care aveau mai multe orgasme și se bucurau de mai mult sex oral, care încercau o varietate de poziții, care se străduiau să creeze o atmosferă adecvată și care comunicau despre nevoile și dorințele lor sexuale. Este puțin probabil ca încercarea unor poziții

diferite să conducă la eliberarea endorfinelor sexuale magice; în schimb, mulți dintre acești factori asociați cu menținerea dorinței par să fie legați de purtarea unor conversații interesante din punct de vedere sexual și de dorința de a încerca diferite lucruri pentru satisfacerea partenerului. Gândește-te la sexul dintr-o relație ca la o seară de film. Dacă în fiecare seară de film ai alege dintr-o listă scurtă de pelicule și nu l-ai întreba niciodată pe partenerul tău care îi place sau dacă acesta ți-ar spune ce vrea să vadă și tu nu l-ai asculta, ideea unei seri de film ar putea deveni anostă.

Alte studii au arătat că femeile care cred că plăcerea sexuală va scădea odată cu înaintarea în vârstă sunt de două ori mai susceptibile de a le scădea dorința sexuală decât cele care nu împărtășesc această convingere.

Ținând cont de acest lucru, ar putea fi o idee bună ca femeile care se apropie de tranziția spre menopauză să pună la îndoială orice convingere pe care ar putea-o avea conform căreia vârsta este sinonimă cu „moartea pasiunii“ și a sexului, să se gândească la modul în care se pot implica în cultivarea dorinței și să se preocupe de comunicarea din relația lor și de activitatea sexuală înainte să apară o problemă.

Opțiuni nemedicamentoase pentru combaterea scăderii dorinței

Deoarece comunicarea este piatra de temelie a unei relații sexuale satisfăcătoare pe termen lung, este important ca femeia să se gândească la modul în care ea și partenerul ei comunică în cuplu, precum și dacă nevoile ei sexuale – adică ceea ce își dorește – sunt satisfăcute. Deoarece să vorbești despre sex pare mai greu decât să-l faci, un terapeut sexual, unul matrimonial ori familial, sau un psiholog pot fi de ajutor. Ei vă pot prezenta atât tehnicile de comunicare, cât și pe cele sexuale și vă pot ajuta să deprindeți unele abilități pentru a tolera stresul într-o relație. Există momente în care dorința sexuală și frecvența contactelor sexuale scad într-o relație, iar tolerarea unor astfel de momente este la fel de importantă ca sărbătorirea momentelor intense.

la în considerare terapia cognitiv-comportamentală sau TCC – terapia orientată spre obiective despre care am discutat în cazul bufeurilor și al insomniei –, pentru că ea este foarte eficientă pentru cultivarea dorinței și produce rezultate mai bune decât medicamentele. Gândește-te la TCC ca la o consolidare a căilor neuronale ale dorinței în creier. Unul dintre experții mondiali în domeniu și una dintre bunele mele prietene, dr. Lori Brotto, a scris o carte excelentă despre dorință și TCC, *Sex*

conștient[12]. Recomand din toată inima această carte oricărei femei căreia i s-a stins flacăra pasiunii sau care se apropie de tranziția spre menopauză, astfel încât să aibă cunoștințe solide pentru a preîntâmpina posibilitatea scăderii dorinței din cauza menopauzei. Există aplicații care pretind că îmbunătățesc sau intensifică viața sexuală, dar este important de reținut că acestea nu au fost studiate și, prin urmare, nu știm dacă au cu adevărat un efect semnificativ. Una dintre aceste aplicații se numește Rosy, care include informații despre multe tehnici de mindfulness, despre sex și chiar accesul la terapeuți sexuali și alți profesioniști.

Strategiile care pot contribui la cultivarea dorintei includ:

- **FANTEZIILE.** În cazul unora, aceasta poate însemna vizionarea unor materiale erotice sau pornografice, dar în alte cazuri, poate fi vorba despre citirea unor materiale erotice. O altă opțiune este să vă procurați o carte bună de fantezii sexuale (de exemplu, *Garden of Desires*) și să v-o citiți pe rând unul altuia. Mie personal îmi place să creez fantezii istorice cu partenerul meu și să-mi imaginez că ne întâlnim în diferite momente din viața noastră și cum ar fi putut fi sexul. Este ca și cum am revedea la nesfârșit începutul relației noastre.

- **PRELUDIUL.** Este important pentru un sex de calitate, mai ales pentru excitare. Dar preludiul începe de când te trezești – nu este vorba doar de actul fizic, ci și de modul în care ești făcută să te simți și ești tratată. Fă-ți timp pentru a recurge la mai multe preludii înainte de a începe partida de sex, de exemplu, mesaje cu tentă sexuală sau bilețele lăsate prin casă. Odată, mă întorceam dintr-o călătorie și, când m-am dus să-mi iau mașina din aeroport, am găsit sub ștergător un bilet de dragoste lăsat de partenerul meu. Faptul că știi că cineva se gândește la tine când te aștepți mai puțin creează intimitate. Preludiul poate însemna lucruri diferite pentru fiecare dintre noi, de aceea contează o bună comunicare. Cu toate acestea, majoritatea studiilor ne spun că oamenii și-ar dori mai multe preludii fizice ca parte a actului sexual.

- **POSTLUDIUL.** Îmbrățișări, sărutări și discuții în pat. Dacă este ceva ce vă place, acest lucru poate îmbunătăți satisfacția sexuală, ceea ce, la rândul său, poate ajuta la creșterea dorinței. Dacă partenerul tău nu face acest lucru,

cere-i să o facă. S-ar putea să fii surprinsă.

- **STABILIREA UNUI MOMENT PENTRU INTIMITATE.** Mulți oameni cred că „nu ar trebui“ să stabilească un astfel de moment, dar aceasta este pur și simplu o atitudine greșită. Ar putea însemna o întâlnire în oraș sau o escapadă romantică. Până și în momentele de izolare din pandemie se pot găsi soluții. De exemplu, partenerul meu m-a invitat în mod oficial să urmărim un concert de pian clasic prin Zoom. Ne-am îmbrăcat ca și cum am fi mers la o sală de concerte și ne-am bucurat de cocktailuri și aperitive.

- **ÎMBINAREA IDEILOR DE MAI SUS.** Încercați poziții diferite și mai mult sex oral. Odată, un partener mi-a spus că a citit revista *Cosmopolitan* la sala de sport și și-a dat seama că îmi neglijează muntele lui Venus, iar ideea că a citit ceva și s-a gândit în mod specific cum ar putea să-mi sporească plăcerea sexuală a fost un stimulent uriaș pentru mine, la fel și atenția suplimentară acordată muntelui meu.

Cine are timp pentru terapia cognitiv-comportamentală (TCC) sau pentru a cultiva

dorința? Gândește-te la timpul pe care oamenii îl petrec la cumpărături, gătind, pregătindu-și copiii pentru școală sau pregătindu-se pentru o prezentare la serviciu. Depunem mult efort pentru a face o mulțime de lucruri. Cu cât depunem mai mult efort, cu atât mai bun este rezultatul respectiv. Mulți nu își dau seama că sexul bun este ca oricare altă sarcină. Cu cât depui mai mult efort, cu atât sunt mai multe șanse de a obține recompense. Să vorbești cu partenerul despre sex, despre ce vă place și ce nu vă place și să încercați lucruri noi înseamnă oxigen pentru viața sexuală. Unele dintre strategiile pentru a crește dorința, despre care am discutat – citirea unor materiale erotice sau mai multe preludii sau încercarea unor poziții noi –, nu durează ore întregi.

Medicamentele

Înainte de a începe să ia medicamente pentru creșterea dorinței, femeile aflate în tranziția târzie spre menopauză și cele care au trecut de menopauză ar trebui să ia în considerare o medicație pentru SGM (capitolul 13), deoarece aceasta va crește fluxul sanguin către vagin, vulvă și clitoris, ceea ce poate îmbunătăți plăcerea sexuală – suntem mai dornici de sex atunci când ne simțim bine.

Femeile ar trebui să profite la maximum de variantele nemedicamentoase, să se

gândească ce e de făcut în privința medicamentelor care pot afecta dorința, să exploreze TCC, precum și fanteziile și crearea intimității, să vorbească cu un terapeut sexual sau cu un alt specialist în relații și să ia în considerare utilizarea unui vibrator pentru a îmbunătăți fluxul de sânge și orgasmele, precum și să-și întărească mușchii diafragmei pelviene. Studiile efectuate cu aceste medicamente tind să fie de o calitate mai slabă și este posibil să existe unele riscuri neclare.

Femeile care consideră că aceste opțiuni sunt ineficiente și care nu au dureri în timpul actului sexual pot lua în calcul medicamentele. Este important să ne amintim că în majoritatea studiilor efectuate pentru medicamentele menite să crească dorința femeile au deja două sau trei episoade de sex satisfăcătoare din punct de vedere sexual în fiecare lună, astfel încât ele reflectă un grup foarte restrâns de femei cu tulburări ale dorinței. În plus, aceste medicamente sunt testate de obicei în cazul THDS, adică al lipsei dorinței spontane, și nu pentru modul în care ne gândim acum la tulburările dorinței. Nu se știe cum funcționează aceste medicamente în cazul femeilor care fac sex de câteva ori pe an sau al celor care au o problemă cu dorința receptivă – sau dacă măcar funcționează în cazul lor.

Bupropiona

Antidepresivul cunoscut sub numele de Wellbutrin nu este aprobat în Statele Unite pentru tulburările de dorință, dar are multe proprietăți comune cu un alt medicament, care este aprobat (flibanserină, vezi mai jos), beneficiază de date extinse privind siguranța cu un profil de risc cunoscut și este disponibil sub formă de medicament generic. Bupropiona poate fi eficientă în cazul femeilor care au o dorință scăzută cauzată de alte antidepresive. În plus, un studiu a indicat că o doză de 300 de miligrame pe zi a crescut plăcerea și excitarea sexuală.

Deoarece bupropiona este un medicament bine cunoscut, fără semne de întrebare legate de cancer, poate fi un punct de pornire bun pentru femeile cu probleme legate de dorință, chiar dacă aceasta este o indicație neoficială. Este posibil să nu fie o opțiune pentru unele femei care suferă de depresie sau pentru cele care iau alte medicamente pentru dispoziție.

Testosteronul

Nivelul de testosteron scade încet odată cu vârsta. Testosteronul nu este aprobat în Statele Unite ca adjuvant în apetitul sexual scăzut, dar există suficiente studii care îmi permit să ofer câteva sfaturi cu privire la utilizarea sa. Nu există date suficiente pentru a-l recomanda femeilor cărora le-a

scăzut dorința sexuală dacă nu au ajuns la ultima menstruație, dar poate fi util celor aflate la postmenopauză.

Toate informațiile privind testosteronul sunt obținute pe termen scurt și există semne de întrebare în privința bolilor de inimă, a cancerului uterin și a celui mamar – într-un studiu efectuat pe parcursul a 24 de săptămâni au existat trei cazuri noi de cancer de sân la femeile care au luat testosteron față de niciunul în grupul placebo. Preocupările legate de siguranța lui ar putea fi din cauza testosteronului în sine sau a faptului că este metabolizat în estradiol. Se poate întâmpla și ca studiile pe care le avem să nu reflecte cu acuratețe îngrijorările – fie că supraestimează, fie că subestimează. Este foarte important ca femeile să înțeleagă acest lucru, deoarece atunci când ne dorim ca un medicament să dea rezultate, este în firea noastră să credem că aceste riscuri nu ne vor afecta pe noi, dar nu așa trebuie să gândim. E o necunoscută pentru că nu știm cu adevărat cât de des ar putea apărea aceste probleme. Știm doar că au fost exprimate anumite îngrijorări și că medicamentele sunt insuficient studiate pentru a răspunde la întrebările privind siguranța.

Cealaltă problemă legată de testosteron este că nu există produse comerciale speciale cu dozele mici necesare femeilor. În consecință, femeile trebuie să utilizeze preparate magistrale sau doze mici din produse destinate bărbaților, existând astfel

riscul de a lua prea mult testosteron, ceea ce provoacă efecte secundare, cum ar fi îngroșarea vocii (definitivă), creșterea nedorită a părului pe față și în alte părți ale corpului, apariția acneei, mărirea clitorisului și un impact negativ asupra lipidelor.

În cele mai multe cazuri, se pare că testosteronul în doză de 300 mcg/zi poate crește numărul evenimentelor satisfăcătoare din punct de vedere sexual cu unul sau două la patru săptămâni față de placebo (aceste studii au folosit un plasture). Cu toate acestea, un alt studiu a analizat un gel cu testosteron și nu s-a constatat nicio schimbare față de placebo.

Nu ar trebui să se utilizeze pelete de testosteron sub piele; dozajul este prea mare și nici nu mai pot fi îndepărtați. În plus, există rapoarte cu privire la efectele nocive ale acestor produse (vezi capitolul 20).

În cazul femeilor care doresc foarte mult să încerce testosteronul atunci când alte tratamente sunt ineficiente, printre opțiuni se numără:

- **CREMĂ, UNGUENT SAU GEL PREPARAT ÎN FARMACIE CU 1% TESTOSTERON.** Această opțiune implică toate problemele inerente de dozare specifice preparatelor magistrale (vezi capitolul 20). Doza este de 0,5 g pe zi aplicată pe brațe, picioare sau abdomen.

- **O DOZĂ DE 10% DINTR-UN PRODUS LOCAL CONCEPUT PENTRU BĂRBAȚI.** Acest

lucru poate fi complicat, deoarece măsurile și ambalajul nu sunt concepute pentru împărțirea dozei în acest mod.

Femeile care decid că testosteronul este potrivit pentru ele trebuie să aibă nivelul de lipide și tensiunea arterială normale înainte de a începe tratamentul, urmând ca pe parcurs să fie monitorizate. Ele trebuie să știe că nu există informații solide care să indice pericolele și beneficiile după 12 luni de utilizare, astfel încât nu se știe dacă riscurile se acumulează odată cu durata de utilizare. Femeilor care iau testosteron trebuie să li se monitorizeze nivelul de testosteron liber și/sau indicele androgenilor liberi după începerea și în timpul tratamentului, cu scopul de a le menține în intervalul normal pentru femei. Dacă nu există nicio îmbunătățire după 12–24 de săptămâni, tratamentul cu testosteron trebuie oprit.

Flibanserina

Vândută în Statele Unite sub numele Addyi, ea acționează asupra creierului într-un mod similar multor antidepresive – adică asupra neurotransmițătorilor dopamină, serotonină și norepinefrină. Este aprobată doar pentru utilizarea de către femeile aflate înainte de menopauză (nu se știe cât de mult poate ajuta femeile după ultima menstruație sau dacă ajută cu ceva).

Comparativ cu placebo, flibanserina are un efect scăzut asupra dorinței. În cadrul studiilor, 100 miligrame de flibanserină pe zi pare să conducă la 0,4–1 episoade suplimentare de sex satisfăcător la patru săptămâni și este nevoie de cel puțin patru săptămâni pentru a începe să producă efecte (dar mai probabil după opt săptămâni de utilizare zilnică). Amețeala, oboseala și greața sunt efecte secundare frecvente – aproximativ 18% dintre femei întrerup tratamentul cu flibanserină din cauza efectelor secundare. Flibanserina poate scădea tensiunea arterială, iar femeile nu trebuie să consume alcool cu două ore înainte de a lua o doză și până a doua zi după ce au luat-o.

Bremelanotida[13]

Denumirea comercială este Vylessi. Probabil că acționează asupra creierului, dar adevăratul mecanism de acțiune este necunoscut. Bremelanotida se administrează prin injectare cu cel puțin 45 de minute înainte de actul sexual anticipat, iar alcoolul trebuie evitat două ore înainte și două ore după utilizarea medicamentului. Efectele secundare sunt frecvente: 40% dintre femei au grețuri; într-un studiu, 13% dintre femeile care au luat medicamentul au solicitat un medicament împotriva stării de greață (deloc sexy). Au fost și alte efecte secundare destul de frecvente, iar 18% dintre

femei au ales să întrerupă tratamentul în timpul unui studiu, față de 2% dintre femeile care au luat placebo. Nu este indicat femeilor care suferă de boli cardiovasculare.

În concluzie, cât de bune sunt rezultatele? În cel mai bun caz, este doar ușor mai eficientă decât un placebo. În cele două studii folosite pentru a obține aprobarea FDA, compania farmaceutică a folosit un sistem standard de notare a dorinței care implică două întrebări:

> Cât de des ați simțit dorință sau interes sexual în ultimele patru săptămâni?
>
> Cum ați evalua nivelul (gradul) de dorință sau interes sexual din ultimele patru săptămâni?

Este important de reținut că astfel se evaluează doar dorința spontană, așa că nu este întrebarea ideală. Răspunsurile la ambele întrebări sunt rezultatele de la „aproape niciodată“ sau „niciodată“ (1 punct) la „aproape întotdeauna“ sau „întotdeauna“ (5 puncte). Așadar, cel mai mic punctaj posibil este 2, iar cel mai mare este 10.

Bremelanotida a crescut dorința pe această scală cu o medie de 1,2 puncte la 25% dintre femeile care au primit medicamentul față de 17% care au luat un placebo. Pentru mine, acest rezultat este sub așteptări. Aceste două studii au analizat, de asemenea, cât de afectate erau femeile de dorința lor spontană scăzută. La

momentul inițial, ele aveau rezultate egale de anxietate; bremelanotida a redus anxietatea cu 1 punct sau mai mult pe o scară de 10 puncte în cazul a 35% dintre femei și aceeași scădere a fost observată la 31% dintre femeile care au primit placebo. Așadar, se pare că să acționeze cumva constructiv pentru apetitul sexual scăzut – adică să ia un medicament – le face pe unele femei să se simtă mai puțin stresate. Acest studiu a inclus doar femei aflate în premenopauză, așa că nu avem nicio idee despre rezultatele acestui medicament în cazul femeilor care sunt în postmenopauză.

Pe baza datelor disponibile, nu se poate spune dacă bremelanotida are un impact semnificativ asupra vieții unei persoane, dar pare să aibă minimă eficiență în ceea ce privește scăderea dorinței spontane, care nu mai este considerată o afecțiune medicală. Costul este în prezent aproximativ 250 de dolari per doză pentru persoanele care plătesc în numerar.

Imaginează-ți ce înseamnă să cheltuiești 250 de dolari pe produse erotice, pe o cină sofisticată sau pe un vibrator nou. Sau, de ce nu, pe toate trei?

Scream Cream[14]

Acesta este un preparat local magistral realizat în farmacii. Este complet netestat (sincer, femeile merită mult mai mult decât aceste produse netestate). Este un amestec

de ingrediente, în funcție de cine prescrie tratamentul sau de farmacia la care apelezi. Acest produs „antitusiv“ există de ani buni într-o formulă sau alta și include o varietate de ingrediente care se presupune că îmbunătățesc circulația sanguină. Niciunul dintre acestea nu a fost evaluat pentru această metodă de administrare – prin masarea clitorisului. Acesta este un aspect foarte important. Instrucțiunile de utilizare ale cremei Scream Cream precizează că trebuie să o aplici pe clitoris prin masare vreme de 15 minute.

Termină cu glumele (sau mai degrabă „termină“ pur și simplu, dacă înțelegi ce vreau să zic)! Să-ți masezi clitorisul 15 minute înseamnă că te masturbezi, iar acest lucru s-a dovedit a fi foarte eficient în îmbunătățirea dorinței și a excitării. Masarea clitorisului cu ulei de nucă de cocos sau cu un lubrifiant pe bază de silicon va produce aproape sigur aceleași rezultate.

Substanțele care ar trebui să crească fluxul sanguin către clitoris sau să facă vreun alt fel de magie sexuală le includ pe unele dintre cele de mai jos sau pe toate:

- **AMINOFILINĂ:** o substanță recomandată în cazul astmului care dilată căile respiratorii;

- **L-ARGININĂ:** un aminoacid care se găsește în multe alimente bogate în proteine;

- **CITRAT DE SILDENAFIL** – Viagra;

- **PENTOXIFILINĂ**: o substanță utilizată pentru creșterea fluxului sanguin la persoanele care suferă de boli ale arterelor periferice;

- **TESTOSTERON**: testosteronul local poate fi absorbit, așa cum am discutat anterior, dar impactul nu este imediat. Nu se aplică testosteron și apoi, ca prin magie, după 15 minute începe anotimpul împerecherii.

Uneori mă întreb dacă nu cumva acest medicament este prescris din cauză că medicii sunt stânjeniți să discute despre masturbare sau nu știu cum să o facă.

Ceea ce vreau să spun despre Scream Cream este că nu așa funcționează nimic dintre toate acestea: medicamente, sex și știință. Să le recomanzi femeilor medicamente locale nestudiate și cu promisiuni false este îngrozitor, iar denumirea „Scream Cream" sună ca o discuție între băieți în vestiar: „O s-o fac să țipe și să geamă!"

E bine să-ți masezi clitorisul și o mulțime de alte zone, dar până când Scream Cream nu va fi testată comparativ cu un placebo, eu una m-aș abține. De asemenea, nu avem nicio idee dacă aceste produse irită sau nu vulva când sunt aplicate local.

O notă finală despre medicamente: toate implică planificare și mai multă atenție

acordată sexului, deci ele încorporează și o componentă de mindfulness.

DE REȚINUT

- Dorința este o chestiune complicată și este legată de mai mulți factori, inclusiv sociali, sentimentali și de sănătate.
- Dorința scade odată cu înaintarea în vârstă, iar la unele femei, din cauza tranziției spre menopauză.
- Nivelurile de estrogen și testosteron nu sunt corelate cu dorința și nu este indicată testarea.
- Terapia cognitiv-comportamentalâ, precum și conștientizarea și învățarea de a cultiva dorința – cu ajutorul abilităților de comunicare, al aplicațiilor, al cărților, al materialelor erotice, al preludiului și al postludiului – sunt strategii importante pentru persoanele cu o dorința scăzută.
- Medicamentele pentru creșterea dorinței de a face sex sunt în cel mai bun caz eficiente la nivel moderat și multe dintre ele au efecte secundare, dar pot fi o opțiune în cazul femeilor pentru care alte variante s-au dovedit ineficiente și care înțeleg potențialul raport risc–beneficiu al acestor terapii.

CAPITOLUL 16

Mă voi mai simți vreodată odihnită?

Tulburările de somn și cum să le abordezi

Între 40% și 60% dintre femei semnalează că întâmpină dificultăți de somn în timpul menopauzei, iar cea mai frecventă tulburare este trezitul în timpul nopții, ceea ce înseamnă că nu reușesc să aibă un somn neîntrerupt. Deși unele femei declară că adorm greu, iar altele că se trezesc mai devreme decât își doresc, aceste tulburări de somn sunt mai puțin frecvente. Multe femei spun, de asemenea, că nu reușesc să se odihnească în timpul somnului. Tulburările de somn cresc în timpul tranziției spre menopauză și ating apogeul în ultimii ani dinaintea ultimei menstruații (UM) și în primul an de după aceasta.

Insomnia înseamnă dificultatea de a dormi, dar este și o tulburare care implică dificultăți în a adormi și a rămâne adormit, în ciuda oportunității de a avea o noapte întreagă de somn de trei sau mai multe ori pe săptămână. Insomnia, ca tulburare, afectează aproximativ 25% dintre femeile aflate în perioada târzie a tranziției spre menopauză sau la începutul postmenopauzei. Acest lucru nu este important doar pentru că un astfel de somn dereglat provoacă suferință; insomnia este asociată și cu unele probleme de sănătate, cum ar fi riscul crescut de apariție a bolilor de inimă și a hipoventilației. Este interesant faptul că bufeurile, insomnia și bolile cardiace au legătură între ele. Nu se știe dacă există o cauză și un efect în acest caz sau o predispoziție biologică subiacentă, comună.

Nu este deloc surprinzător faptul că există o legătură între menopauză și somnul deficitar. Zonele creierului care sunt influențate de estrogen și progesteron joacă un rol important în reglarea somnului și se știe că fluctuațiile hormonale din timpul ciclului menstrual afectează tiparele de somn. Estrogenul și progesteronul și, posibil, alți hormoni ai reproducerii par să influențeze ritmurile circadiene – ciclurile noastre naturale de somn și veghe – prin influențarea unei părți a creierului numită nucleul suprachiasmatic, care este considerat a fi cel care reglează somnul. Progesteronul are și un efect ușor sedativ.

În plus față de aceste efecte hormonale, există simptome vasomotorii (bufeuri și transpirații nocturne) și stări de depresie – toate legate de menopauză și care pot afecta somnul. În același timp în care se află în tranziția spre menopauză, o femeie și îmbătrânește, iar vârsta afectează negativ somnul. În cele din urmă, pe măsură ce înaintează în vârstă, femeile sunt mai predispuse să facă apnee în somn și alte afecțiuni medicale care au impact asupra calității somnului.

Există în mod clar o componentă hormonală, deoarece femeile care semnalează cele mai multe tulburări de somn sunt acelea cărora li s-au extirpat ovarele înainte de menopauză (menopauză chirurgicală), dar uneori poate fi dificil de stabilit cât de mult este vina hormonilor și cât de mult este vorba despre orice altceva.

Bufeurile, hormonii și somnul

În timpul ultimei faze a tranziției spre menopauză și la începutul postmenopauzei se întâmplă ca femeile să vorbească despre cel mai mare impact asupra somnului. Din punct de vedere medical, ceea ce se întâmplă este cel mai bine descris ca o stare de veghe, ceea ce înseamnă că somnul nu este atât de profund pe cât ar trebui să fie, în mare parte din cauza bufeurilor. Cu alte cuvinte, pentru unele femei, bufeurile sunt suficiente pentru a le perturba somnul adânc, dar nu suficiente pentru a le trezi. Am trecut împreună cu partenerul meu prin acest fenomen. Au fost nopți în care mi-era atât de cald din cauza bufeurilor încât mi-am trezit partenerul din somn, dar asta nu m-a trezit și pe mine.

Somnul poate fi tulburat și când bufeurile/transpirațiile nocturne trezesc femeile din somn. Într-un studiu, până la 69% dintre bufeurile din timpul nopții au determinat trezirea femeii. Nu este surprinzător faptul că acest lucru este mai probabil să se întâmple în cazul femeilor care au mai multe simptome vasomotorii în timpul zilei. Este interesant că femeile cu niveluri mai ridicate de hormon de stimulare foliculară sunt mai predispuse să se trezească noaptea, iar cele cu niveluri mai scăzute de estradiol sunt mai predispuse să aibă dificultăți în a adormi. În timp ce insomnia afectează multe dintre femeile

aflate în faza târzie a tranziției spre menopauză sau la începutul postmenopauzei, asta nu înseamnă că toate insomniile sunt cauzate de menopauză. Insomnia poate fi o afecțiune separată, legată de vârstă sau de alte afecțiuni medicale precum depresia. Dar deslușirea cauzei și a efectului este dificilă, deoarece depresia poate afecta somnul, iar lipsa somnului poate influența depresia, tranziția spre menopauză putându-le afecta pe ambele. Știm însă că femeile care declară tulburări de somn în timpul menopauzei ar trebui să fie întotdeauna examinate pentru depresie.

Igiena somnului și terapia cognitiv-comportamentală

Acestea sunt schimbările care te pregătesc pentru un somn optim și care îți condiționează creierul și corpul să doarmă la momentul potrivit. Am mai abordat terapia cognitiv-comportamentală sau TCC, iar când este concepută special pentru tratarea insomniei, ea este cunoscută sub denumirea TCC-I. Asta înseamnă combaterea distorsiunilor cognitive – adică a fricii că s-ar putea să nu mai reușești să dormi niciodată sau că insomnia nu va dispărea pentru tot restul vieții –, programarea somnului pentru a antrena organismul și răspunsurile specifice la trezire.

TCC-I este una dintre cele mai eficiente terapii pentru tulburările de somn și a fost evaluată în cazul femeilor aflate în tranziția spre menopauză, iar un program de opt săptămâni nu numai că a fost eficient, ci beneficiile s-au menținut și după șase luni.

Un psiholog sau un psihoterapeut cu pregătire în acest domeniu poate ajuta. Dacă aceste lucruri ar fi ușor de făcut de unul singur, toată lumea le-ar face. TCC-I este mai eficientă decât somniferele (medicamente hipnotice), care, de obicei, oferă doar aproximativ 30 de minute de somn suplimentar pe noapte, ceea ce înseamnă că sunt mai puțin eficiente decât cred majoritatea oamenilor. Unele componente de bază, de inițiere ale TCC-I includ:

- **FĂ-ȚI UN PROGRAM DE SOMN.** Trezește-te la aceeași oră în fiecare zi, indiferent ce planuri ai, și fixează o oră de culcare pe care să o respecți.

- **ELIMINĂ SIESTELE DIN TIMPUL ZILEI.** Este greu, dar ajută.

- **LIMITEAZĂ ACTIVITĂȚILE CARE PROVOACĂ ANXIETATE SAU PE CELE STIMULATIVE ÎNAINTE DE CULCARE.** Acest lucru înseamnă, de obicei, să nu stai în fața ecranelor; lumina ecranului în sine poate fi cea care are un impact, dar și un e-mail supărător citit înainte de culcare

își poate face loc în mintea ta toată noaptea.

- **STABILEȘTE CĂ PATUL ESTE DOAR PENTRU SOMN ȘI SEX.** Fără televizor sau gustări în pat; vrei ca creierul să asocieze patul doar cu aceste două motive.

- **CÂND TE TREZEȘTI ȘI NU POȚI ADORMI LA LOC** nu verifica ceasul. Stai în pat până pare că au trecut 15 minute. Dacă ai convingerea că au trecut 15 minute și nu ai adormit la loc, ridică-te și du-te într-o cameră slab luminată și citește o carte plictisitoare. Odată ce simți că te ia somnul, întoarce-te în pat. Acest lucru contribuie la limitarea anxietății cauzate de foiala în pat și preocuparea că nu vei mai reuși să adormi și te ajută să nu asociezi patul cu un somn prost.

Te poate ajuta tratamentul hormonal al menopauzei (THM) să dormi?

În general, femeile care urmează THM nu sunt mai puțin predispuse să semnaleze faptul că au probleme cu somnul decât cele care nu urmează acest tratament, dar s-ar putea să nu fie cel mai bun mod de a privi această problemă. Unele studii care au urmărit femei cu tulburări ale somnului au ajuns la concluzia că THM poate aduce o

îmbunătățire modestă somnului când simptomele vasomotorii reprezintă o problemă. Așadar, o femeie care se confruntă cu simptome vasomotorii ar putea încerca THM ca să observe dacă o ajută să doarmă mai bine, având în vedere mai ales cât de puțin riscant din punct de vedere medical este un tratament hormonal al menopauzei pe trei luni (vezi capitolele 17 și 18). Femeile care doresc să încerce THM pentru a vedea dacă acest lucru le îmbunătățește somnul ar putea ține un jurnal al somnului înainte de a începe tratamentul. Făcând acest lucru, vor putea evalua obiectiv ceea ce se întâmplă și apoi își vor putea reevalua calitatea somnului cu ajutorul jurnalului, după două sau trei luni. Femeile care nu sunt deranjate de bufeuri pot, de asemenea, să ia în considerare o perioadă de testare cu THM, deși există mai puține date privind eficacitatea acestuia.

O altă opțiune împotriva tulburărilor de somn legate de bufeuri este gabapentina (vezi capitolul 9). Acesta este un medicament nehormonal care poate ajuta în mod semnificativ în cazul bufeurilor și s-a demonstrat că ameliorează insomnia. Există și progesteronul, care, când este administrat în doze de 300 de miligrame pe timpul nopții, poate favoriza somnul (vezi capitolul 18). În timp ce progesteronul este un hormon folosit în THM, aceasta este o doză specifică pentru somn, una mai mare decât cea utilizată de obicei pentru THM.

Dacă o femeie are probleme cu somnul, este important ca ea să știe că există clinici specializate în somn care pot efectua teste formale și pot face recomandări precise după ce iau în considerare toți factorii – medicali și de mediu – care ar putea avea un impact asupra somnului.

Alte tulburări ale somnului și menopauza

Apneea în somn, care este o tulburare respiratorie din timpul somnului, reprezintă obstrucția căilor respiratorii în timpul nopții, care are ca rezultat somnolența în timpul zilei. Înainte de menopauză, sunt puține cazuri de apnee în somn la femei, ea fiind mai frecventă în rândul bărbaților, dar după menopauză, riscul crește semnificativ în cazul lor. Se crede că principalele motive sunt scăderea producției de progesteron și creșterea grăsimii viscerale observată în tranziția spre menopauză. Factorii de risc pentru apneea în somn includ tensiunea arterială ridicată și o circumferință a taliei crescută peste 88 de centimetri.

Deoarece mulți se gândesc în mod eronat că apneea în somn este caracteristică bărbaților, femeile sunt adesea nediagnosticate și insuficient tratate. Femeile cu apnee în somn sunt mai predispuse la alte complicații medicale, de exemplu, boli de inimă, probleme pulmonare

și depresie, astfel încât diagnosticarea și tratamentul sunt esențiale.

Apneea în somn trebuie luată în considerare în cazul femeilor cu somnolență diurnă care sforăie noaptea sau ai căror parteneri le spun că uneori se trezesc și par să se înece. Un alt simptom al apneei în somn este legat de trezirile dese pentru a merge la baie noaptea pentru a goli vezica urinară. Acest lucru se întâmplă din cauză că modificările nivelurilor de oxigen și de dioxid de carbon în cazul apneei în somn declanșează semnale care îi spun organismului că ești supraîncărcată cu lichid, când de fapt nu este așa. Rinichii sunt apoi stimulați să scape de lichid și asta înseamnă o nevoie mai mare de a te ridica si de a merge la toaletă noaptea.

Când există suspiciuni de apnee în somn, există câteva chestionare simple de depistare care trebuie completate, iar dacă acestea sunt pozitive, se pot organiza teste mai formale. Testele inițiale pentru apnee în somn nu mai necesită o vizită la un laborator și se fac cu ajutorul unor dispozitive care se poartă la domiciliu. Sindromul picioarelor neliniștite (SPN)[15] și tulburarea de mișcare periodică a picioarelor în somn sunt alte două afecțiuni care perturbă somnul, dar acestea nu par a fi specifice menopauzei, ci mai degrabă sunt legate de vârstă. Tratamentul apneei în somn, al SPN și al tulburării de mișcare

periodică a picioarelor în somn depășesc sfera de interes a acestei cărți.

DE REȚINUT

- Aproximativ 50% dintre femei vorbesc despre tulburări de somn în timpul menopauzei; cea mai frecventă este trezirea în timpul nopții, iar acest lucru pare să fie legat de simptomele vasomotorii.

- THM poate ajuta femeile care se confruntă cu probleme de somn și cu bufeuri moderate sau agresive.

- Gabapentina și progesteronul pot ajuta în cazul tulburărilor de somn.

- Terapia cognitiv-comportamentală este foarte eficientă împotriva insomniei și este, în general, mai eficientă decât somniferele.

- Apneea este o cauză a tulburărilor de somn care este adesea subdiagnosticată la femei și crește în prevalență după menopauză.

PARTEA A TREIA

Terapia pentru schimbare

Hormonii, dietele și suplimentele alimentare

CAPITOLUL 17

Tratamentul hormonal al menopauzei

Trecutul complicat și momentul actual

Tratamentul hormonal al menopauzei sau THM constă în utilizarea de hormoni pentru a controla simptomele și/sau a preveni anumite complicații de sănătate legate de tranziția spre menopauză și/sau postmenopauză.

THM a fost denumită ani buni terapie de substituție hormonală sau TSH, dar această denumire sugerează în mod fals faptul că estrogenul sau alți hormoni lipsesc din cauza unei probleme medicale și că nivelurile scăzute de estrogen după menopauză sunt anormale din punct de

vedere biologic. Unii ar putea susține că riscul crescut de apariție a bolilor cardiovasculare după menopauză sugerează că ea este o boală, dar n-au cum să argumenteze astfel se susțineri. După cum am discutat deja, dacă urmezi această logică până la capăt, atunci și a fi bărbat este o boală.

Mesajul contează. Un mesaj precum „Noi doar substituim ceea ce corpul tău ar trebui să producă“ este foarte diferit de unul mai apropiat de realitate, precum: „Ai simptome și poți fi expusă riscului de a suferi de mai multe boli. Estrogenul poate fi o opțiune. Să vedem ce te îngrijorează și ce ar trebui să știi despre sănătatea ta și apoi să discutăm despre riscuri și beneficii, în cazul tău.“

Este corect să folosim termenul „substituție“ în cazul femeilor cu insuficiență ovariană primară (vezi capitolul 6) sau al celor cărora li s-au îndepărtat chirurgical ovarele înainte de menopauza naturală (vezi capitolul 5), deoarece producția de estrogen s-a oprit prematur, dar, în rest, THM ar trebui să fie abordat așa cum este – o intervenție medicală, nu o substituție.

Originile THM

Prima utilizare documentată a THM a avut loc în 1887, când dr. Hubert Fosbery a folosit un extract ovarian pentru a o trata pe doamna C., o femeie în vârstă de 52 de ani care avea bufeuri. Doamna C. fusese supusă

la tot felul de remedii îngrozitoare din secolul al XIX-lea recomandate în cazul menstruațiilor abundente, cum ar fi arsenicul, cornul-secarei, mersul cu tălpile goale, extract de glandă tiroidă și obturarea vaginului de două ori pe zi, alternată cu dușuri reci ca gheața. Când în cele din urmă menstruația i s-a oprit, ea a avut „bufeuri frecvente și intense“. Când terapiile standard au eșuat, i s-a administrat un extract ovarian și, în a treia zi, femeia a început să se simtă mai bine. Trei săptămâni mai târziu era vindecată, având nevoie doar de doze ocazionale ulterioare pentru ca simptomele să nu mai apară.

Ipoteza unui extract ovarian împotriva bufeurilor avea la bază dovezi solide. Se știa că extirparea ovarelor provoacă simptomele menopauzei, iar studiile pe animale arătaseră că efectele sterilizării pot fi inversate prin transplantarea ovarelor de la un alt animal. Cu toate acestea, interpretarea rezultatelor doamnei C. ca fiind ceva mai mult decât un placebo nu este posibilă. Rezolvarea problemei bufeurilor în trei săptămâni este impresionantă, și nu neapărat imposibilă. Având în vedere că doamna C. a fost tratată pe cale orală, cantitatea absorbită a fost probabil neglijabilă, deoarece, de obicei, sunt necesare modificări farmaceutice pentru a îmbunătăți absorbția și a atinge niveluri terapeutice în sânge. De asemenea, estrogenii pe cale orală trebuie administrați zilnic pentru a menține nivelurile; prin

urmare, este puțin probabil ca dozajul primit de doamna C. la fiecare câteva săptămâni să aibă succes, chiar dacă ar fi fost absorbit vreun astfel de hormon. În plus, merită menționat faptul că este posibil ca bufeurile ei violente să fi fost un efect secundar al tratamentelor folosite pentru a încerca să-i oprească sângerarea, fie al ergotaminei, fie al hormonului tiroidian din glandă, fie al otrăvirii cu arsenic sau, poate, să fi fost o combinație a tuturor celor trei.

În ciuda acestor lucruri, ideea de a trata simptomele menopauzei cu extract ovarian a fost astfel lansată în lumea medicală, iar până în 1899, preparatele din ovar de vacă sub formă de pulbere, numite Ovarin, erau disponibile în mod obișnuit. De cele mai multe ori, pulberea era pusă în capsule sau aromatizată cu vanilie; se pare că gustul ovarelor de vacă era neplăcut.

Primul hormon a fost identificat la începutul secolului al XX-lea, iar apoi s-a trecut la identificarea hormonilor de reproducere. Cercetătorii au început să injecteze extracte de ovar, placentă și lichid amniotic în șobolani și șoareci sterilizați în căutarea unui efect asupra țesuturilor, dovedind astfel că aceste extracte conțin hormoni. Deși hormonii de reproducere nu fuseseră încă identificați, faptul că se dovedise existența lor a permis o varietate de terapii diferite și, până în anii 1920, erau deja utilizate diverse extracte pentru ameliorarea simptomelor menopauzei: un extract din corpul galben al ovarului (ceea ce

știm astăzi că produce progesteron – s-a dovedit a fi ineficient); amniotină, obținută din lichidul amniotic de la fetușii de bovine, și teelină, un extract din lichidul folicular din ovarele de porc. Amniotina și teelina par să fi avut un succes moderat.

Tratamentul cu estrogen: primul val al THM

În 1929 a avut loc un progres semnificativ atunci când estrona a fost identificată simultan de dr. Edward Doisy din Statele Unite și de dr. Adolf Butenandt din Germania. Dr. Doisy credea că acest hormon este atât de puternic, încât „un gram ar putea restabili ciclul sexual la peste 9 milioane de șoareci“. Voi lăsa această afirmație să vorbească de la sine. În plus, Doisy și echipa sa au descoperit în 1931 ceea ce cunoaștem azi sub numele de estriol, iar în 1940, estradiolul. Dr. Butenandt a izolat progesteronul în 1934 și, mai târziu, a identificat testosteronul. Având în vedere echipamentele de atunci, munca de identificare și purificare a acestor hormoni a fost o realizare uimitoare.

Preparatele cu estronă și estradiol au apărut curând, în anii 1930, pentru ameliorarea simptomelor menopauzei, cum ar fi bufeurile, durerile de cap, transpirația, durerile articulare, insomnia și „nervozitatea“. Aceste medicamente nu aveau omogenitatea sau stabilitatea

produselor farmaceutice moderne. Estrogenii erau în suspensie în ulei, administrați sub formă de injecții și probabil că produceau oscilații mari ale nivelurilor de hormoni.

Este fascinant să citești cercetările medicale care au folosit aceste prime preparate. Sunt impresionată de momentele de suferință și de stres surprinse în numeroasele articole despre menopauză din revistele medicale din anii 1920 și 1930 – înainte ca industria legată de estrogen să ia avânt. În locul tabelelor și graficelor din articolele de astăzi, în care nu se dezvăluie datele personale ale pacienților, existau adevărate fragmente de viață. De exemplu: „H.L., în vârstă de 31 de ani, căsătorită, menopauză artificială în noiembrie 1925 (radiu administrat intrauterin și vaginal pentru endometrioză), care prezintă bufeuri la fiecare 5 minute“, precum și „dureri de cap și de spate, a fost internată în spital în 1929 și a fost supusă unor studii și apoi externată, fără a i se pune un diagnostic“, a găsit în cele din urmă o clinică specializată în menopauză care a tratat-o în 1932. Sau A.S., care avea 50 de ani, era căsătorită și suferea între 20 și 30 de bufeuri pe zi.

Alte probleme legate de acest prim val de hormoni terapeutici au fost disponibilitatea produsului brut și eforturile necesare izolării estrogenilor. Nu exista încă nicio modalitate de sintetizare a hormonilor, adică de a-i crea într-un laborator, așa că ei erau extrași din urina femeilor însărcinate

(niveluri ridicate de estrogeni se eliberează în urină în timpul sarcinii) sau de la animale. Acești estrogeni erau substanțe chimice naturale, ceea ce înseamnă că erau obținute prin extracție dintr-o sursă naturală, rămânând neschimbate în urma procesului. Să ne gândim la fierberea apei sărate pentru a obține sarea. Sarea a fost întotdeauna acolo; fierberea elimină apa fără să altereze sarea.

Extragerea estradiolului și a estronei naturale din urină, din lichidul amniotic și din ovare de porc era, așa cum era de așteptat, un proces îndelungat și costisitor (aproximativ 300 de dolari pe gram la acea vreme), ceea ce necesita volume mari de produs brut pentru o cantitate mică de material utilizabil. Era nevoie de atât de multă urină, încât unul dintre asistenții doctorului Doisy a fost oprit de poliție în timp ce transporta niște recipiente cu urină de la o clinică prenatală la laboratorul în care lucra echipa. Acest lucru se întâmpla în timpul prohibiției, iar volumul și culoarea lichidului din recipiente i-au determinat pe polițiști să-l suspecteze că este contrabandist de alcool. Îmi imaginez că polițistul a fost destul de surprins când a mirosit conținutul recipientelor.

La sfârșitul anilor 1930 și începutul anilor 1940 au fost făcute câteva descoperiri care au îmbunătățit foarte mult capacitatea de a produce hormoni în masă. Estrogenii au fost izolați din urina iepelor, cunoscuți chimic sub numele de estrogeni ecvini conjugați

sau EEC, iar aceștia au devenit medicamentul Premarin, fabricat din urina iepelor gestante. Aceasta este mai ușor de procurat decât urina femeilor gravide. EEC conține cel puțin 10 estrogeni diferiți. Premarinul a fost aprobat pentru utilizare în cazul simptomelor menopauzei în 1941 în Canada și în 1942 în Statele Unite. EEC sunt singurii estrogeni naturali – adică extrași din surse naturale – disponibili în prezent.

În același timp, au fost descoperite și noi metode de sintetizare a hormonilor în laborator. Deseori se creează confuzie cu privire la cuvântul „sintetic“ – nu numai că este adesea folosit în mod incorect, ci a căpătat și o conotație negativă în ceea ce privește hormonii. Deoarece utilizarea inadecvată a acestui termen apare în mod frecvent în campaniile de marketing ale anumitor forme de THM, merită să investim ceva timp pentru a corecta limbajul.

Substanțele chimice de sinteză sunt fabricate prin metode diferite de cele naturale. Când substanța de bază pentru un hormon se regăsește în plante sau animale și apoi este modificată prin mai multe etape chimice, procesul este cunoscut sub numele de semisinteză; când compusul este format din molecule mai mici care nu se regăsesc de obicei în natură, ceea ce rezultă se realizează prin sinteză. Ea nu are nicio legătură cu faptul că produsul final este identic sau nu cu un hormon uman. Este adevărat că limbajul este confuz, deoarece

„sintetic“ înseamnă un produs obținut fie prin semisinteză, fie prin sinteză.

Structura chimică este cea care contează, deoarece acesta este modul în care funcționează un hormon, astfel încât, indiferent dacă estradiolul este extras din urină, obținut prin semisinteză sau prin sinteză, structura sa chimică este aceeași. Revenind la analogia noastră cu cheia și încuietoarea, în cazul hormonilor, estradiolul natural, cel de semisinteză și cel de sinteză reprezintă aceeași cheie. De asemenea, metoda de producție nu are nicio legătură cu siguranța. La urma urmei, estradiolul produs de ovare – cel mai natural dintre toate – este una dintre cauzele apariției cancerelor mamar si endometrial. Când este necesar să se facă distincția între estradiolul produs de organism și cel produs prin metode semisintetice, cel mai bine este să se folosească estradiol uman și, respectiv, estradiol terapeutic (sau eliberat pe bază de rețetă).

În 1938 au fost identificați doi estrogeni sintetici noi – etinilestradiolul (utilizat și astăzi în THM și cel mai frecvent estrogen întâlnit în anticoncepționalele orale) și dietilstilbestrolul sau DES. Ambii erau mai puternici decât estradiolul și se absorbeau ușor din intestin. În 1941, DES a devenit primul medicament aprobat de FDA pentru tratarea simptomelor menopauzei, deși utilizarea sa a fost adesea limitată de efectele secundare pe care le producea – greață și vărsături. Etinilestradiolul a fost

aprobat pentru utilizarea în acest scop doi ani mai târziu. Costurile de producție ale DES erau deosebit de scăzute în comparație cu extragerea estrogenilor naturali: aproximativ 2 dolari față de 300 de dolari per gram. Cercetarea era finanțată de guvernul britanic, astfel încât orice companie era liberă să îl producă. La un moment dat, DES era disponibil sub 200 de denumiri comerciale diferite.

Totodată, DES a fost prescris la scară largă pentru a preveni avorturile spontane, în ciuda faptului că dr. Dobbs, cercetătorul principal din echipă, s-a opus acestui lucru. Nu numai că DES s-a dovedit ineficient în prevenirea avorturilor spontane, ci a provocat cancere ale organelor genitale și malformații congenitale la femeile ale căror mame îl luaseră în timpul sarcinii. Chiar dacă în anii 1950 cercetările au dovedit că DES era ineficient în cazul avorturilor spontane, FDA nu a emis avertismente împotriva utilizării sale până în 1971 și medicamentul a fost prescris în continuare în Statele Unite până la începutul anilor 1980. Nenorocirea în privința DES nu este reprezentată de o critică la adresa hormonilor sintetici sau a compușilor noi; ea evidențiază, mai degrabă, problemele legate de lansarea în pripă a unui produs pe piață, fără testare și supraveghere, precum și problemele legate de utilizarea lui în afara indicației terapeutice, fără date doveditoare.

În prezent, toate medicamentele aprobate de FDA trebuie să fie mai întâi

obiectul unor studii corespunzătoare, și apoi al unor studii de supraveghere postcomercializare – adică studii care urmăresc persoanele care iau medicamentul pentru a observa efectele secundare sau complicațiile omise în studiile inițiale. Cu fiecare produs nou care apare pe piață trebuie să ne întrebăm întotdeauna: este acesta următorul DES?

În 1938 (un an important în ceea ce privește descoperirile legate de hormoni) a fost inventată o metodă diferită de fabricare a hormonilor de către dr. Russell E. Marker, un chimist care a găsit o modalitate de a fabrica progesteron dintr-un steroid vegetal numit sarsasapogenină (care se găsește în planta sarsaparilla), printr-un procedeu care îi poartă acum numele – descompunerea Marker. Aceasta este considerată semisinteză, deoarece substanța de bază se găsește în natură. Sarsasapogenina nu s-a dovedit a fi o opțiune economică, așa că dr. Marker a început să caute un alt steroid, pe care l-a găsit în cele din urmă într-o ignamă din Veracruz, Mexic, numită *Dioscorea mexicana*, care conținea diosgenină. În cele din urmă, o altă ignamă, numită *barasco*, care conținea și mai multă diosgenină, a devenit sursa și, până la mijlocul și sfârșitul anilor 1940, progesteronul a ajuns să se producă pe scară largă. În 1950, s-a descoperit modalitatea de a produce estradiol și estronă din diosgenină. În prezent, ignamele și soia sunt folosite ca

sursă sau materie primă care este transformată în majoritatea hormonilor.

Anii 1950 și 1960 - epoca plină de farmec a THM

Până în 1947 existau pe piața americană 53 de preparate diferite de estrogen și, așa cum era de așteptat, utilizarea THM a crescut. Multe femei prezentau simptome, așa că apariția unui tratament care funcționa și care nu necesita injecții cu lichid din ovare de porc l-a făcut probabil să fie atrăgător. Cu toate acestea, a existat și o schimbare în atitudinea medicilor față de THM, probabil determinată în mare parte de publicitatea farmaceutică, care a trecut de la reclamele care îi vizau pe medici la cele care se adresau femeilor și soților lor. În aceste reclame, THM era asociat cu farmecul, rafinamentul și tinerețea. Iar bărbaților li se spunea „Și soților le place Premarin". Premarin era considerabil mai scump decât echivalentele sale, așa că acest demers a reprezentat un semn de genialitate în publicitate.

Înainte de anii 1950, menopauza era ceva ce trebuia controlat, dar odată ce au apărut pastile fiabile în locul injecțiilor dureroase și nesigure, menopauza a devenit vindecabilă. Această schimbare de atitudine a fost realizată cu ajutorul extrem de important al doctorului Robert Wilson, care, la începutul anilor 1960, a scris o serie de articole

academice care lăudau beneficiile THM. Teza sa se învârtea în jurul convingerii false că menopauza este o boală care există doar pentru că femeile au ajuns să trăiască suficient de mult pentru a suferi din cauza ei (o ipoteză pe care am desființat-o în capitolul 4) și că este o afecțiune deosebit de oripilantă, deoarece nu numai că este dăunătoare pentru femei din punct de vedere medical, ci reprezintă și o stare în care ele nu mai sunt atrăgătoare, adică bărbații nu le mai doresc. O dublă oroare. Leacul era estrogenul, despre care dr. Wilson susținea că e 100% sigur. Estrogen, de la pubertate până la moarte!

Lucrările lui Wilson au fost preluate de o varietate de publicații, inclusiv de *Newsweek, Time, Vogue, Ladies' Home Journal* și *Cosmopolitan*. Dezbaterile publice despre menopauză erau probabil inexistente înainte de Wilson, așa că, indiferent cum ar fi numit-o – iar el a ales cuvântul „menopauză") termenul avea să rămână. Wilson a transpus rapid mesajul său despre menopauză într-o carte, *Feminine Forever*, publicată în 1966. De asemenea, a fost prezentată în serial în revista *Vogue* și s-a vândut în peste 100 000 de exemplare în primele șapte luni. Potrivit lui Wilson, odată cu menopauza, femeile sunt „condamnate să asiste la moartea propriei feminități", dar cu ajutorul estrogenului pot avea o „tinerețe care sfidează vârsta", iar la vârsta de 50 de ani, ele pot „să arate în continuare atrăgătoare în pantaloni scurți sau în rochii

fără mâneci și, bineînțeles, să-și recapete «fermitatea sânilor»“. Așadar, da, estrogenul era un bilet de acces la Campionatele Mondiale pentru Femeile Sexy.

În ciuda faptului că, în accepțiunea doctorului Wilson, să fii femeie avea mai mult valoare sexuală, *Feminine Forever* a avansat câteva idei avangardiste pentru acea vreme în materie de sex, cum ar fi aceea că femeilor nu ar trebui să le fie rușine să aibă apetit sexual și că dorința de a lua medicamente pentru a continua să facă sex e legitimă. Este posibil ca dr. Wilson să fi creat un spațiu în care mai multe femei purtau conversații despre sex.

Într-un interviu din 2002, fiul doctorului Wilson, Ronald Wilson, a declarat pentru *The New York Times* că Wyeth-Ayerst finanțase cercetările tatălui său, dar și promovarea cărții *Feminine Forever*. Mă voi întreba mereu dacă saltul lui Wilson de la revistele medicale la *Newsweek* și *Vogue* s-a produs grație unui ajutor din partea marilor companii farmaceutice. Nu ar fi fost nevoie de prea mult din partea lor pentru a stârni interesul oricărui jurnalist și pentru a crea rumoare. La urma urmei, de aceea există departamentele de publicitate. Nu se știe dacă industria farmaceutică a adoptat ideile lui Wilson sau dacă el era cel care reproducea argumentele companiilor farmaceutice. Ai auzit vreodată expresiile: „Dacă ți-e sete, ești deja deshidratat“ sau „Bea ca să nu ți se facă sete“? Aceste neadevăruri sunt produsele secundare ale

marketingului creat de Gatorade Sports Science Institute (GSSI). Scopul final al marketingului este ca mesajul să devină ceva ce „toată lumea știe“. Sintagmele cu iz științific care atrag atenția necesită o vigilență constantă, deoarece acestea sunt cel mai adesea niște exagerări care își au originea într-un departament de marketing, nu în cel al sănătății.

Teoriile incorecte ale lui Wilson conform cărora menopauza este o boală, iar estrogenul este leacul au atins în mod clar o coardă sensibilă în rândul comunității medicale și al publicului larg și au fost rapid acceptate ca fiind canonice.

Uterul uitat

Rolul progesteronului în protejarea mucoasei uterine împotriva cancerului nu a fost bine înțeles înainte de anii 1970. Chiar dacă medicii ar fi știut despre importanța acestui hormon înainte de 1957, ei s-ar fi limitat la administrarea de injecții, deoarece tehnologia care să permită absorbția progesteronului din intestin (administrarea orală) sau prin piele (administrarea transdermică) era încă necunoscută. De asemenea, injecțiile nu se potriveau bine cu imaginea stilului de viață modern, plin de farmec și „mobil“ asociat pastilelor de estrogen.

Tehnologia în curs de apariție a permis prelucrarea structurilor chimice, producând

o nouă clasă de hormoni numiți progestine, care acționau asupra țesuturilor la fel ca progesteronul, dar care, din punct de vedere chimic, semănau mai mult cu testosteronul. Progestinele fac parte dintr-o clasă de medicamente numite progestogeni. Da, ți se cam plimbă limba-n gură! Progestogen și progesteron și progestine, of, Doamne! Gândește-te la progestogeni ca la o trupă rock formată numai din fete, care include progesteronul (hormonul produs de organism) și progestinele.

Progestinele au fost adăugate la THM în anii 1960 pentru a controla sângerările produse tocmai de THM, făcându-l astfel mai acceptabil pentru femei. (Estrogenul determină consolidarea endometrului și, fără un progestogen care să ofere sprijin, această mucoasă uterină devine în cele din urmă instabilă și va avea fisuri neregulate, producând sângerări imprevizibile). O menstruație regulată indusă de un progestin se potrivea cu marketingul „natural“ al THM – ideea că hormonii înlocuiau ceea ce o femeie ar fi trebuit să aibă. Acesta este un exemplu excelent al modului în care cuvântul „natural“ poate fi absurd, deoarece cel mai puțin natural lucru este ca o femeie la menopauză să aibă menstruație. În *Feminine Forever*, dr. Wilson scria că menstruația este un „semn de feminitate“.

Da, menstruația este un blestem până la menopauză, când devine o binecuvântare și un semn prin care femeia este dorită de bărbați. Această abordare a problemei în

funcție de cum bate vântul mă înfurie. Pur și simplu, corpul unei femei nu poate fi niciodată exact așa cum trebuie.

În anii 1970, numărul cancerelor endometriale a crescut brusc și, în cele din urmă, cauza identificată a fost neincluderea unui progestogen sau a unei cantități suficiente de progestogen. Amintește-ți capitolul 3, în care spuneam că estrogenul stimulează mucoasa uterină (endometrul), iar progesteronul frânează acest proces. Cu timpul, fără un progestogen, acea creștere necontrolată alimentată de estrogen conduce la apariția cancerului. Progestogenii administrați în doze corecte au fost adăugați în THM în anii 1970, eliminând riscul apariției cancerului endometrial, iar etichetarea produselor cu estrogeni a fost modificată pentru a reflecta riscul apariției acestui tip de cancer. Abia din anii 1980, progesteronul a putut fi fabricat încât să poată fi administrat oral. Acest lucru a implicat scăderea dimensiunii particulelor de progesteron la <10 µm, motiv pentru care progesteronul administrat oral este numit progesteron oral micronizat.

Estrogenul ca medicament minune

În anii 1980, mai multe studii observaționale au sugerat că THM ar putea preveni bolile cardiovasculare. Ideea că estrogenul ar putea proteja inima exista de ceva vreme. În anii 1970, Premarin fusese chiar studiat în

cazul bărbaților cu boli de inimă – se folosiseră doze de până la 5 miligrame pe zi (o doză mare, ca în cazul celei pentru anticoncepționale). Cu toate acestea, studiul fusese oprit din cauza creșterii numărului cheagurilor de sânge.

În plus, existau tot mai multe dovezi observaționale că estrogenul ar putea proteja oasele, precum și creierul. S-a creat o agitație uriașă, deoarece bolile de inimă, osteoporoza și tulburările cognitive erau și încă sunt trei dintre cele mai răspândite afecțiuni de sănătate care deteriorează și/sau scurtează viața femeilor. Dacă estrogenul ar putea face toate acestea, ar fi într-adevăr un medicament minune. În general, în mesajele transmise de farmacii s-a renunțat la promisiunile că femeile vor arăta mai tinere, ele fiind înlocuite cu cele despre viața mai lungă și mai sănătoasă, adică despre fântâna tinereții la propriu.

Un studiu observațional înseamnă că cercetătorii urmăresc femeile care iau hormoni și compară rezultatele lor cu cele ale femeilor care nu iau medicamente. Întrucât aceste femei fuseseră selectate aleatoriu în studiu, mulți factori ar fi decis alegerea de a lua hormoni, astfel încât nu a fost posibil să se demonstreze că un rezultat bun era consecința hormonilor sau a altor factori. Aproape toate aceste studii observaționale au implicat femei albe, educate, din clasa de mijloc superioară și slabe. Luând în considerare impactul factorilor sociali determinanți ai sănătății

asupra rezultatelor, acesta a fost un grup de femei care, în general, prezenta un risc mai scăzut de apariție a multor afecțiuni medicale. Studiile care nu țin cont de diversitate dăunează grupurilor de femei excluse din studiu, deoarece se pierd oportunitățile de a le îmbunătăți starea de sănătate, și dăunează și femeilor care sunt incluse în ele, deoarece rezultatele sunt influențate de variabile generatoare de confuzie și este foarte probabil să fie mai puțin fiabile.

Datele observaționale au început să curgă și toată lumea a început să fie interesată de estrogen. În 1992, American College of Physicians a recomandat tuturor femeilor aflate la postmenopauză să urmeze un tratament cu estrogen, la fel ca aproape toate celelalte societăți medicale profesionale. Îmi amintesc foarte bine această perioadă, deoarece formarea mea în domeniul obstetricii și al ginecologiei a avut loc între 1990 și 1995. De obicei, începeam THM în clinică la trei sau patru femei pe zi. Am fost instruiți să discutăm despre THM în același mod în care discutam despre alte terapii preventive, cum ar fi mamografiile. Totodată, era ceva obișnuit ca femeile să își facă programări pentru a discuta chestiuni specifice în legătură cu preocupările lor despre menopauză. Femeile auzeau despre medicamentele pentru menopauză de la medicii lor, dar și de la vreo prietenă, soră sau chiar de la propria mamă.

Fie că ne place sau nu, Epoca de Aur a THM a făcut din menopauză o etapă importantă a vieții și a creat un spațiu pentru a discuta nu doar despre THM, ci și despre menopauză în sine. Deși este adevărat că majoritatea acestor conversații se încheiau cu acest tratament – și astfel recomandarea a fost probabil excesivă, deoarece ajunsesem să prescriem THM și persoanelor de 70 și 80 de ani –, cel puțin purtam conversații despre menopauză. În prezent, aflu de la paciente că nimeni nu le ascultă, că nu se discută despre asta și că oportunitățile de a obține informații sunt limitate.

În 1992, Premarin era cel mai vândut medicament eliberat pe bază de rețetă din Statele Unite. Vânzările au depășit 1 miliard de dolari în 1997, iar în 2001, 42% dintre femeile americane aflate la menopauză – adică aproape 15 milioane – urmau un THM. Un singur medicament, Prempo, o pastilă convenabilă, cu un estrogen și un progestin, era luată de aproape 50% dintre femeile care urmau THM.

Studiul WHI – Un fel de „ce naiba se petrece?“ cu THM

Având în vedere că datele privind tratamentul hormonal al menopauzei au fost în mare parte observaționale, Office of Technology Assessment (OTA) a subliniat în mod corect necesitatea unui studiu clinic,

precum și nevoia de a căuta soluții alternative pentru simptomele menopauzei. Astfel a apărut studiul „Women's Health Initiative" sau WHI.

Finanțat de National Institutes of Health (NIH), WHI a înregistrat peste 64 000 de femei care au fost repartizate aleatoriu să ia un medicament sau un placebo. WHI a inclus și un studiu observațional pe aproximativ 100 000 de alte femei din 40 de centre din Statele Unite. Aceasta a fost o inițiativă de mare amploare – astfel de studii clinice ample sunt rareori posibile. Scopul WHI era să evalueze THM ca metodă de prevenție a bolilor cardiovasculare și a fracturilor cauzate de osteoporoză, monitorizând în același timp riscul crescut de apariție a cancerului de sân, a cancerului endometrial, a cheagurilor de sânge și a demenței. Alte componente ale WHI au evaluat rolul suplimentelor de calciu și vitamina D în prevenirea fracturilor și a cancerului colorectal, precum și rolul unui model alimentar cu conținut scăzut de grăsimi în prevenirea cancerului de sân și a cancerului colorectal.

În cadrul studiului au fost înrolate femei aflate la postmenopauză, cu vârste cuprinse între 50 și 79 de ani, cu o medie de vârstă de 63 de ani (acest lucru va deveni important în scurt timp, așa că reține vârsta). Femeile care aveau uter au luat 0,625 de miligrame de estrogeni ecvini conjugați sau EEC (Premarin) și 2,5 miligrame de acetat de medroxiprogesteron (un progestin, sub

denumirea comercială Provera) pe zi. Femeile care nu mai aveau uter au luat doar EEC. Peste 27 000 de femei au fost repartizate aleatoriu în grupul căruia i s-au administrat hormoni/placebo din cadrul WHI.

După cinci ani de studii și cu trei ani mai devreme decât era planificat, NIH a întrerupt latura hormonală a studiului în 2002, din cauza unui risc crescut de apariție a cancerului de sân și a ceea ce părea a fi o dovadă clară că studiul nu va dovedi că THM scade incidența bolilor cardiovasculare; de fapt, părea să se întâmple exact opusul. Rezultatele inițiale indicau un risc crescut de apariție a cancerului mamar invaziv, a bolii coronariene, a accidentului vascular cerebral și a emboliei pulmonare, dar indica și mai puține cazuri de fracturi de șold și de cancer de colon.

A avut loc o conferință de presă pentru a se discuta rezultatele studiului, ceea ce nu este un lucru obișnuit. În cartea sa din 2007, *The Hormone Decision*, jurnalista Tara Parker-Pope îl citează pe dr. Rossouw, directorul WHI, care a spus că „prin conferința de presă" NIH dorea să obțină „un impact puternic" și că scopul era „să zdruncine sistemul medical și să schimbe modul de gândire cu privire la hormoni".

Din punctul meu de vedere, obiectivul ar trebui să fie raportarea exactă a datelor, astfel încât femeile și medicii lor să poată lua cele mai bune decizii în materie de sănătate. Publicarea rezultatelor studiilor

prin conferințe de presă nu mi se pare în regulă. Medicina nu are nevoie de drame, ci de informații de calitate, imparțiale și de capacitatea de a pune aceste date în perspectivă. Hormonii ameliorează simptomele. Bolile de inimă contează. Prevenirea osteoporozei este importantă. Nu vrem să provocăm cancer. Acest lucru trebuia să fie făcut corect și bine explicat.

În schimb, au reușit doar să agite lucrurile, iar ceea ce a urmat a fost o adevărată harababură.

Îmi este greu să descriu ce însemna să fii un medic care prescria THM în momentul conferinței de presă privind WHI și frenezia mediatică ce a urmat. Ar fi ca și cum un studiu din zilele noastre ne-ar spune că papilomavirusul uman (HPV) nu este cauza cancerului de col uterin. Titlurile au fost înfricoșătoare și numeroase – în 2002, peste 130 de știri noi importante au fost dedicate tratamentului hormonal al menopauzei, majoritatea cu accent pe riscuri. Care au fost rezultatele WHI? Un risc cu 41% mai mare de producere a atacului de cord și cu 26% mai mare de apariție a cancerului de sân. Bineînțeles că oamenii s-au alarmat. Chiar sună alarmant.

Lucrurile nu erau însă chiar ceea ce păreau a fi în lumea WHI. Printre probleme s-au aflat și următoarele:

- **COMUNICAREA UNOR INFORMAȚII DERUTANTE DESPRE RISCURI.** Studiul WHI a identificat un risc cu 26%

mai mare de apariție a cancerului mamar invaziv, ceea ce sună înfricoșător. În termeni practici, acest lucru înseamnă că la fiecare 10 000 de femei care au urmat THM au existat câte 6 femei în plus care au făcut cancer de sân în fiecare an, ceea ce reprezintă un pic mai puțin de 0,1% pe an dintre femeile care urmează THM. Ce alți factori cresc în mod similar riscul de cancer mamar? Două-trei pahare de alcool pe zi cresc riscul cu 20%, obezitatea cu 20-40%, iar nașterea după vârsta de 35 de ani reprezintă un risc crescut cu 40% fată de nasterea înainte de vârsta de 20 de ani. Imaginează-ți cum ar fi să convingem femeile să facă un copil înainte de vârsta de 20 de ani doar pentru a le reduce riscul de a face cancer de sân.

- **DATELE WHI NU AR TREBUI SĂ FIE EXTRAPOLATE LA TOATE FORMELE DE THM.** Hormonii EEC și acetatul de medroxiprogesteron (MPA) sunt doar un tip de estrogen și, respectiv, de progestogen. Este posibil ca riscurile și beneficiile acestor hormoni să nu fie aceleași ca în cazul altor hormoni sau sisteme de administrare.

- **DATELE WHI NU AR FI TREBUIT SĂ FIE EXTRAPOLATE LA TOATE FEMEILE.** Vârsta medie a femeilor care au participat la studiul WHI a fost de 63 de ani. Prin defalcare, 33% dintre femei aveau între 50 și 59 de ani, 45% între 60 și 69 de ani și 21% între 70 și 79 de ani. Riscul de a face boli cardiovasculare crește semnificativ odată cu vârsta, astfel încât două treimi dintre femeile din studiul WHI care aveau 60 de ani sau mai mult erau expuse unui risc mai mare de apariție a complicațiilor cardiace legate de estrogen. Riscul reprezentat de estrogeni pentru inimă poate să nu fie același în cazul femeilor care încep THM mai devreme.

- **BAREMUL DE DEPISTARE A CANCERULUI DE SÂN ERA SCĂZUT.** Acest lucru înseamnă că a fost suficient ca studiul WHI să detecteze o schimbare infimă în ceea ce privește cancerul de sân pentru a opri studiul. Acesta este un lucru bun, dar să spui publicului că studiul a fost oprit pentru că planul era acela de a detecta o creștere foarte mică a incidenței cancerului mamar sună foarte diferit de faptul că studiul a fost

oprit din cauza unui risc crescut de a face cancer de sân.

- **RISCUL MIC DE APARIȚIE A CANCERULUI DE SÂN ÎN CAZUL THM NU ERA CEVA NOU.** Acest lucru a fost rareori menționat. De exemplu, una dintre cele mai importante revizuiri ale datelor publicate cu câțiva ani înainte de studiul WHI a indicat faptul că riscul crescut de a face cancer de sân după cinci ani sau mai mult de tratament hormonal al menopauzei era de 35% – deci în concordanță cu rezultatele WHI.

- **NU A FOST SUBLINIATĂ LIPSA DIFERENTELOR ÎN CEEA CE PRIVESTE MORTALITATEA.** Deși incidența cancerului de sân era mai mare, în general, femeile care urmau THM nu prezentau o probabilitate mai mare de deces decât cele care nu urmau THM.

Consecințele au fost profunde. Pentru comunitatea medicală, cel mai mare șoc a fost desființarea completă a teoriei conform căreia estrogenul protejează inima. Mai bine de zece ani le spusesem pacientelor mele că riscul doar puțin crescut de apariție a cancerului de sân era compensat de efectul puternic protector asupra inimii, iar acest lucru era important deoarece bolile de inimă erau cauza numărul unu de deces la femei.

Dar estrogenul nu numai că nu proteja inima, ci putea chiar să o afecteze?

A părut să treacă doar o nanosecundă până când avocații specializați în malpraxis medical au început să-și facă publicitate: „AI FOST AFECTATĂ DE HORMONI?“ (reclamele sunt întotdeauna foarte zgomotoase, de unde și majusculele). Pacientele sunau panicate. Unii medici au insistat ca femeile care refuzau să întrerupă tratamentul cu hormoni să semneze o declarație de exonerare a răspunderii – nu știe nimeni cât de aplicabilă era aceasta –, dar așa îți faci o idee despre nivelul de îngrijorare de atunci. Întrucât ginecologii și obstetricienii se numără printre medicii care sunt cel mai frecvent dați în judecată și care au prescris cea mai mare parte a THM, teama de litigii a jucat probabil un rol semnificativ în oprirea THM.

La început, la fel ca mulți dintre colegii mei, nici eu nu aveam habar ce să le spun femeilor care prezentau simptome – în mare parte, femei cu vârste cuprinse între 40 și 55 de ani, care nu erau reprezentate în studiul WHI. La vremea aceea, se folosea un singur medicament nehormonal împotriva bufeurilor – clonidina. Datele de care dispunem astăzi cu privire la numeroasele medicamente nehormonale pentru bufeuri erau doar la început în anul 2002.

Conform unor rapoarte, utilizarea tratamentului hormonal al menopauzei a scăzut vertiginos – cu până la 80%. Femeile cu simptome au avut de suferit deoarece

mulți medici se temeau să-l prescrie fiindu-le frică să nu le facă rău pacientelor, să nu fie dați în judecată pentru malpraxis sau ambele. Societățile profesionale s-au străduit să dea un sens datelor și să ofere o perspectivă asupra studiului WHI, dar de multe ori, când se propunea THM, multe femei se temeau prea mult pentru a-l urma. Întrucât existau foarte puține alternative nehormonale, conversațiile despre menopauză păreau să dispară. Îmi amintesc că am spus de nenumărate ori „Îmi pare rău!“ și am ridicat de multe ori din umeri. Mă simțeam neputincioasă și furioasă, pentru că femeile sufereau și îmi era greu să aplic datele WHI în cazul majorității femeilor care aveau nevoie de ajutor pentru simptome.

Când 42% din populație ia un medicament pentru menopauză, acest lucru legitimează conversațiile și relatările despre această etapă a vieții – studiul a invitat femeile să vorbească despre ceea ce se întâmpla cu corpul lor, iar acest lucru trebuie recunoscut. Când există un medicament care să amelioreze bufeurile – chiar dacă nu vrei să-l iei –, acesta le justifică pe cele cu care chiar te confrunți. Multe dintre pacientele mele îmi spuneau că suferă acasă pentru că nu credeau că hormonii sunt siguri, așa că nici măcar nu aveam șansa de a purta o conversație cu ele despre corpul lor, de a încerca să pun în perspectivă riscurile estrogenului sau de a lua în considerare alte opțiuni nehormonale care deveneau din ce în ce mai disponibile.

N-ai cum să exagerezi când discuți despre impactul studiului WHI asupra modului în care privim astăzi THM și bănuiesc că reverberațiile sale vor fi resimțite alte zeci de ani de acum înainte, nu doar din cauza rezultatelor, ci și din cauza modului în care au fost comunicate de cercetători și presă și a felului în care au fost interpretate și reinterpretate *ad nauseam* – și probabil că vor continua să fie reinterpretate. De când a fost publicat primul articol despre studiul WHI, în 2002, fiecare dintre rezultatele obținute a făcut obiectul a peste 100 de lucrări și, uneori, pare că datele generate au fost descompuse la nivel molecular și reasamblate de mai multe ori. Este greu să dai un sens tuturor acestor informații. Există și alte implicații. Din punct de vedere medical, nu am fost educată să mă tem de THM, așa că, pe măsură ce au devenit disponibile mai multe date privind siguranța acestor tratamente, mi-a fost ușor să mă readaptez. M-am simțit confortabil să prescriu THM înaintea multora dintre colegii mei mai tineri, care erau în formare când a fost publicat studiul WHI. A fost nevoie de zece ani pentru ca noile date și declarații de politici de sănătate să se răspândească, astfel încât două generații de medici au trecut prin rezidențiat expuși la atitudini în mare parte negative față de THM, iar unii dintre ei au și astăzi rezerve față de THM. În plus, mai multe studii importante au fost oprite din cauza temerilor legate de bolile cardiovasculare și de cancerul de sân.

O nouă perspectivă asupra THM

În 2007, datele din cadrul studiului WHI privind bolile cardiovasculare au fost revizuite, analizând femeile pe grupe de vârstă. Cele care începuseră THM în decurs de zece ani de la ultima lor menstruație prezentau de fapt un risc de a face boală coronariană mai mic decât se așteptau, iar cele care începuseră la zece ani sau mai mult după ultima lor menstruație aveau un risc ușor crescut. Femeile care urmaseră THM între 50 și 59 de ani aveau un risc cu 30% mai mic de deces față de cele cărora li se administrase un placebo.

Ideea că exista o fereastră de siguranță pentru începerea THM – adică în cazul începerii administrării hormonilor mai aproape de ultima menstruație riscul este diferit de cazul în care începi mai târziu – s-a născut și este susținută acum de un volum tot mai mare de date.

În prezent, aproximativ 5% dintre femei urmează THM, ceea ce reprezintă o scădere mare față de apogeul administrării de hormoni de la sfârșitul anilor 1990. Recomandările privind THM au fost consecvente în ultimii opt ani, ceea ce este liniștitor. Conform directivelor North American Menopause Society (NAMS), care au fost aprobate de aproape toate societățile medicale americane și internaționale importante dedicate sănătății femeilor, pentru femeile cu vârsta sub 60 de

ani sau care se află la zece ani de la instalarea menopauzei și nu au nicio contraindicație, THM este o alegere potrivită pentru tratarea simptomelor vasomotorii (bufeuri și transpirații nocturne și a sindromului genito-urinar de menopauză (SGM, deși, așa cum am discutat în capitolul 13, se recomandă începerea cu tratamentele specifice SGM) și pentru prevenirea osteoporozei. Există și alte potențiale beneficii ale THM care nu se regăsesc în recomandările oficiale, dar care ar putea sfârși prin a fi factori care le ajută pe femei și pe medicii lor să ia decizii. După cum am discutat, THM poate ajuta unele femei să doarmă mai bine, poate îmbunătăți starea de spirit a persoanelor cu depresie ușoară până la moderată și reduce riscul apariției cancerului de colon și a diabetului de tip 2 (vezi capitolul 18 pentru informații suplimentare). Peste vârsta de 60 de ani, riscul unui rezultat negativ la administrarea tratamentului hormonal al menopauzei crește, astfel încât începerea lui de către femeile cu vârste peste 60 de ani sau aflate la zece ani de la începutul menopauzei nu este, în general, recomandată. Acest lucru este din cauza riscurilor crescute de apariție a bolii coronariene, a accidentului vascular cerebral, a cheagurilor de sânge (tromboembolism venos) și a demenței.

Ce se întâmplă la 60 de ani cu femeile care au început THM în timpul acelei ferestre critice de siguranță de după ultima menstruație? Își asumă ele riscurile de a

începe THM mai târziu sau sunt protejate dacă încep mai devreme? Există foarte puține răspunsuri clare în acest caz, astfel încât modul în care se va alege o cale de urmat se va baza pe o analiză amănunțită a beneficiilor reale ale THM în cazul fiecărei femei, a riscurilor ei de a face osteoporoză și alte afecțiuni medicale care ar putea fi ameliorate sau agravate de tratament.

Tratamentul hormonal al menopauzei: riscurile

Cele mai multe riscuri legate de THM se situează în intervalul 1–10/10 000 de femei/an, iar în medicină, această prevalență este considerată scăzută (foarte scăzută este 1–10/100 000). Cu toate acestea, dacă prezinți o complicație, atunci acest risc este de 100% în cazul tău. Amintește-ți că rar sau chiar foarte rar nu înseamnă niciodată, așa că întotdeauna va exista un număr mic de femei care fac complicații. Cunoașterea acestor riscuri face parte din consimțământul informat, astfel încât femeile să le poată cântări în raport cu beneficiile potențiale și să decidă ce le folosește cel mai bine.

Discuția despre riscuri este dificilă, deoarece ceea ce reprezintă un risc pentru o femeie care se gândește la THM este foarte diferit de evaluarea aceluiași risc pentru o populație. Dacă 10 milioane de femei urmează tratamentul hormonal al

menopauzei și riscul apariției unei consecințe negative – de exemplu, cancerul de sân – este de 6 din 10 000 de femei/an, asta înseamnă că 6 000 de femei vor face cancer de sân în fiecare an.

Ar fi greșit ca cei care investesc în sănătatea populației să nu menționeze acele 6 000 de femei cu cancer de sân. Dar statisticile sunt înșelătoare. Datele la nivelul populației sunt cele care generează de obicei titlurile ziarelor, deoarece numerele mari amplifică percepția riscului, făcând ca un tratament să pară mai înfricoșător decât este, căci frica vinde. *Adică 6 000 de femei, pe an? Doamne! Încercați să mă omorâți?*

Dar 6 femei la 10 000 de femei pe an înseamnă, de asemenea, 0,06% din totalul populației feminine pe an, iar acest lucru face să pară că este un medicament mult mai sigur, chiar dacă este pur și simplu același risc explicat în moduri diferite. *Adică 0,06% dintre femei pe an, asta e tot? De ce nu mi-ați dat deja hormonii?*

Pentru mine, răspunsul este simplu: trebuie să le explicăm femeilor această problemă. Mi-a luat mai puțin de 200 de cuvinte în paragraful anterior. Femeile sunt foarte capabile să înțeleagă riscul. La urma urmei, majoritatea sunt familiarizate cu evaluarea riscurilor. De exemplu, dacă ar trebui să meargă pe o anumită stradă noaptea sau dacă este mai bine să ia autobuzul.

Am impresia că punem prea mult accent pe riscurile legate de tratamentul hormonal

al menopauzei, iar mie mi se pare că acest lucru depășește chiar și conceptul de infantilizare a femeilor și a capacității lor de decizie. Medicamentele pentru disfuncția erectilă cauzează orbirea la 3 din 100 000 de bărbați care le iau și, cu toate acestea, societatea are încredere că bărbații pot decide dacă aceste riscuri merită asumate. Tratarea disfuncției erectile poate fi utilă pentru starea de bine a unui bărbat, dar nu îl va împiedica să facă osteoporoză, nu îl va ajuta să aibă un somn mai bun și nici nu va trata depresia ușoară. Estrogenul, pe de altă parte – care aduce mai mult decât îmbunătățirea calității vieții –, este văzut ca fiind riscant. Nu sunt sigură că am un alt răspuns pentru diferențele distorsionate de perspectivă, în afară de misoginism. Poate că bărbații privesc riscul în mod diferit, astfel încât titlurile de presă motivate de frică au un impact mai mic. Poate că teama de cancerul de sân este atât de mare încât articolele pe această temă au mai multe șanse de a fi publicate. Nu doresc deloc să minimalizez relevanța cancerului de sân, dar dacă cineva citește doar presa de larg consum, nu poate fi învinuit că are impresia că bolile de inimă și osteoporoza sunt preocupări minore pentru femei.

Riscul de a face tromboembolism venos (un cheag de sânge potențial periculos, cunoscut și sub numele TEV) combinat cu THM administrat oral este de aproximativ 9 la 10 000 de femei pe an (nu crește în cazul administrării transdermice de estrogen).

Riscul de TEV în timpul sarcinii este între 5 și 20 de cazuri la fiecare 10 000 de sarcini, iar după naștere este de 40-65/10 000 de sarcini, și totuși nu există recomandări care să îndemne femeile să nu rămână însărcinate din cauza riscului de formare a cheagurilor de sânge. Când spunem că este acceptabil ca o femeie să își asume riscul de TEV în cazul sarcinii și să nu își asume unul mai mic, precum cel asociat cu THM, ce spune asta despre femei? Că atâta timp cât este în slujba uterului femeii, riscul este acceptabil și că, odată ce resursele sale naturale au fost consumate de societate, preocupările ei în materie de sănătate abia dacă merită să fie luate în seamă? Pentru că exact așa pare că sună.

Dacă femeile pot decide dacă să rămână însărcinate sau să bea lapte (vezi capitolul 19 pentru a afla mai multe despre datele observaționale care leagă laptele de cancer) sau dacă să conducă o mașină, atunci putem, într-adevăr, să le lăsăm să decidă dacă tratamentul hormonal al menopauzei este potrivit pentru ele. Iată care sunt riscurile THM pe baza datelor disponibile pentru femeile cu risc mediu, obținute din cenușa studiului WHI și din multe alte studii. Multe dintre potențialele beneficii au fost explorate în capitolele anterioare și vor fi discutate în capitolul 18. Femeile cu risc crescut de a suferi de aceste afecțiuni vor avea nevoie de conversații diferite.

Principalele riscuri ale THM sunt următoarele:

- **FORMAREA CHEAGURILOR DE SÂNGE.** Riscul general asociat tratamentului hormonal al menopauzei administrat oral este de 8-9 la 10 000 de femei pe an. Riscul formării cheagurilor de sânge asociat cu THM este legat de vârstă. Pentru femeile cu vârste cuprinse între 40 și 55 de ani, riscul este de 5/10 000 de femei pe an, iar pentru femeile cu vârste cuprinse între 56 și 64 de ani, riscul este de 15/10 000 de femei pe an. În tratamentul administrat transdermic, riscul nu crește.

- **APARIȚIA CANCERULUI DE SÂN.** Pentru femeile cu vârste cuprinse între 50 și 59 de ani, THM combinat (un estrogen și un progestogen) este asociat unui risc suplimentar de 6 până la 15 cancere de sân la 10 000 de femei pe an. Utilizarea timp de mai mult de cinci ani a THM este asociată cu cel mai mare risc. Riscul apariției cancerului de sân este mai mic în lipsa unui progestogen și poate fi mai mare în cazul femeilor mai în vârstă.

- **COLESTEROLUL.** Estrogenul administrat pe cale orală poate înrăutăți trigliceridele, dar poate

îmbunătăți colesterolul HDL, LDL și colesterolul total. Estrogenii administrați transdermic nu au niciun efect benefic asupra colesterolului și niciun impact negativ asupra trigliceridelor.

- **BOLILE VEZICII BILIARE.** În cazul estrogenului administrat pe cale orală, riscul apariției bolilor vezicii biliare variază între 47 și 58 de cazuri suplimentare la 10 000 de femei pe an. Acesta este cel mai mare risc dintre toate complicațiile tratamentului hormonal al menopauzei. Tratamentul administrat transdermic nu este asociat unui risc crescut.

- **PROBLEMELE INIMII.** Pe măsură ce adunăm mai multe informații despre efectele din punct de vedere cardiovascular, se conturează o imagine mai complexă. Riscul de a face boală coronariană – acumularea de plăci în arterele inimii, care pot provoca angină pectorală și atacuri de cord – nu este mai mare pentru femeile care încep THM înainte de vârsta de 60 de ani sau în termen de zece ani de la instalarea menopauzei. De fapt, riscul este chiar mai mic. Peste

vârsta de 60 de ani, riscul crește în mod cert.

- **ATACUL VASCULAR CEREBRAL.** Riscul este de aproximativ 8 la 10 000 de femei pe an în cazul THM administrat pe cale orală.

Alte potențiale riscuri care sunt mai puțin bine descrise, ceea ce înseamnă că par a fi asociate cu tratamentul hormonal al menopauzei, dar riscul real nu este cunoscut, includ potențialul de agravare a incontinenței (vezi capitolul 14); contribuția la pierderea auzului; creșterea riscului de sindrom al ochiului uscat sau keratoconjunctivită sicca (aceasta poate afecta capacitatea de a purta lentile de contact); o modificare la nivelul vederii, deoarece estrogenul poate crește elasticitatea corneei, și un potențial rol în afectarea simțului olfactiv, deși acest lucru nu este bine descris.

DE REȚINUT

- Înainte de descoperirea estrogenilor, femeile erau tratate cu o varietate de extracte obținute din ovarele animalelor sau din lichidul amniotic.
- Singurul estrogen natural este reprezentat de estrogenii ecvini conjugați (EEC sau Premarin).
- Majoritatea estrogenilor și progestogenilor (gândește-te la progesteron și la progestine ca la o trupă de fete) sunt obținuți prin transformarea în hormoni a unui steroid din

igname sau soia printr-un proces cu mai multe etape.

- THM este aprobat de FDA pentru prevenirea osteoporozei și pentru tratamentul bufeurilor și al SGM și este asociat cu o creștere mică, dar clară, a riscului de producere a accidentului vascular cerebral, de formare a cheagurilor de sânge și de apariție a cancerului de sân și a bolilor vezicii biliare.

- Există o fereastră de siguranță înainte de vârsta de 60 de ani sau înainte să treacă zece ani de la ultima menstruație în care THM oferă cele mai multe beneficii și cele mai mici riscuri.

CAPITOLUL 18

Universul cinematic al hormonilor

Ce tip de THM ți se potrivește?

Înainte de a trece la discuția despre hormoni, este important să ne amintim că cele mai sănătoase trei lucruri pe care le poate face o femeie la menopauză nu au nicio legătură cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM) și sunt renunțarea la fumat, respectarea numărului de ore de exerciții fizice recomandat și urmarea unei diete care să-i satisfacă nevoile nutriționale. În timp ce THM poate îmbunătăți calitatea vieții multor femei și, uneori, poate contribui la longevitate, se pot obține beneficii și mai mari prin aceste alte schimbări. Asta nu înseamnă că femeile nu ar trebui să urmeze tratamentul hormonal al menopauzei; este

important să privim beneficiile THM în perspectivă, deoarece el este doar o piesă din puzzle-ul menopauzei.

Multe femei încep tratamentul hormonal al menopauzei cu așteptări prea mari, dar acest lucru poate conduce la dezamăgire și la întreruperea prematură sau la schimbarea inutilă a tratamentului, uneori chiar determinându-le să apeleze la preparate magistrale mai puțin sigure. Un alt aspect de luat în considerare este că THM nu este permanent; dacă nu te simți bine, poți să treci la un alt produs sau să-l întrerupi definitiv.

Mă poate ajuta tratamentul hormonal al menopauzei?

Indicațiile aprobate sunt tratarea bufeurilor și a transpirațiilor nocturne, a sindromului genito-urinar al menopauzei (SGM) și a insuficienței ovariene primare și prevenirea osteoporozei. Acest lucru înseamnă că THM este eficient în cazul acestor afecțiuni, iar pentru marea majoritate a femeilor beneficiile depășesc riscurile. Femeile nu trebuie să fie în postmenopauză pentru a începe tratamentul; nu uita că simptomele menopauzei pot debuta cu mulți ani înainte de ultima menstruație (UM), în timpul tranziției.

Femeile cu insuficiență ovariană primară (vezi capitolul 6) nu trebuie să aibă simptome pentru a începe tratamentul

hormonal al menopauzei. Cu excepția cazului în care este contraindicat, ele trebuie să urmeze THM până la vârsta medie a menopauzei, adică 50–52 de ani, și apoi să ia o decizie privind continuarea sau întreruperea tratamentului. THM este recomandat și femeilor a căror ultimă menstruație se produce între 40 și 45 de ani, deoarece ajută la atenuarea riscului crescut de apariție a bolilor cardiace și s-a demonstrat că în cazul lor THM diminuează riscul de deces.

Dar cum rămâne cu celelalte simptome sau afecțiuni? THM poate fi utilizat și în alte scopuri decât cele patru indicații aprobate. Acestea se numesc indicații „neconforme cu eticheta“, adică nu au fost prezentate date către Food and Drug Administration pentru a dovedi că THM funcționează suficient de bine în cazul acestor afecțiuni și/sau că beneficiile depășesc riscurile. E posibil ca datele să existe – adică studiile au fost publicate – și compania farmaceutică doar să nu le fi prezentat către FDA, sau ar putea însemna că nu sunt informații de calitate. Din fericire, există recomandări din partea experților care au analizat literatura de specialitate pentru a face recomandări în cazul mai multor astfel de situații intermediare. Exemplul clasic de utilizare neconformă cu eticheta aprobat de mai multe reglementări este cel al THM pentru a controla sângerările neregulate în timpul tranziției spre menopauză.

Alte beneficii potențiale pentru sănătate observate la tratamentul hormonal al menopauzei care nu sunt acoperite de indicațiile aprobate de FDA, dar care pot fi luate în considerare de unele femei și chiar trebuie să fie luate în considerare când evaluează raportul risc-beneficiu personal, se referă la:

- **CANCERUL DE COLON.** Studiile au indicat un risc redus pentru acest tip de cancer la administrarea THM.

- **DEPRESIE.** THM poate ameliora depresia ușoară sau moderată care începe în timpul tranziției spre menopauză.

- **OCHI.** THM reduce riscul de apariție a cataractei și a glaucomului cu unghi deschis.

- **SINDROMUL METABOLIC ȘI GREUTATEA.** THM prezintă un efect favorabil asupra sindromului metabolic și poate încetini acumularea grăsimii viscerale (grăsimea activă sau dăunătoare, vezi capitolul 7). THM nu este asociat creșterii în greutate.

- **ODIHNĂ ȘI DEPRESIE.** THM le poate ajuta pe unele femei; pentru informații suplimentare, consultă capitolul 12.

- **MUȘCHI.** Estrogenul combinat cu exercițiile fizice poate contribui la încetinirea pierderii de masă musculară odată cu vârsta și menopauza (nu definitiv). Poate îmbunătăți, de asemenea, echilibrul.

- **PIELE.** Poate încetini apariția ridurilor și poate contribui la hidratarea pielii datorită unui efect pozitiv al estrogenului asupra colagenului. Estrogenul nu are impact asupra căderii părului asociate menopauzei sau îmbătrânirii.

- **SOMN.** THM reduce numărul episoadelor de trezire cauzate de bufeuri.

- **DIABETUL DE TIP 2.** Există o scădere cu 19 până la 40%, ceea ce se traduce printr-un număr de aproximativ 16 femei mai puțin la 10 000 pe an dintre cele care urmează un THM.

- **SIMPTOMELE VAGINALE CAUZATE DE SGM.** THM poate ajuta 50% dintre femeile cu SGM. Ia în considerare tratamentele specifice ale SGM în detrimentul THM, deoarece acestea sunt 100% eficiente, iar opțiunile vaginale sunt la fel de lipsite de riscuri precum un medicament atunci când este

prescris și utilizat în mod corect (vezi capitolul 13).

În prezent, tratamentul hormonal al menopauzei nu este recomandat pentru prevenirea demenței sau a bolii Alzheimer la femeile cu risc mediu (pentru informații suplimentare, vezi capitolul 12).

Există multe simptome asociate menopauzei și poate fi greu de știut dacă acestea sunt legate de menopauză, de vârstă sau poate de altceva (adu-ți aminte de diagrama celor 5 M din capitolul 1). Dacă o femeie decide că THM poate fi o opțiune în cazul altor simptome sau afecțiuni – de exemplu, o agravare persistentă a unei alte afecțiuni medicale, cum ar fi o afecțiune autoimună sau o agravare a migrenelor – în timpul tranziției spre menopauză, este important ca ea să stabilească în mod clar ce anume reprezintă un beneficiu acceptabil și un prag la care poate opri tratamentul în cazul în care acesta nu pare să o ajute. Cu toate că riscurile THM sunt foarte scăzute – în special în primii patru până la cinci ani de utilizare –, nimeni nu ar trebui să ia un medicament care nu ajută. De asemenea, este important să cauți alte cauze ale simptomelor, deoarece există tendința de a da vina pe hormoni pentru tot ceea ce i se întâmplă unei femei între 40 și 60 de ani.

Toate simptomele și afecțiunile enumerate mai sus se combină pentru a forma ceea ce am putea numi „calitatea vieții“, iar aceasta este dificil de studiat,

deoarece ea poate însemna lucruri diferite pentru femei diferite. Când o femeie suferă, încercarea tratamentului hormonal al menopauzei poate fi rezonabilă. Poate fi util ca, înainte de a începe tratamentul, fiecare femeie să consemneze problemele de sănătate pe care speră că THM le va ameliora și să fie cât mai precisă posibil, iar apoi să revină periodic asupra acestei liste pentru a se asigura că obține cu adevărat rezultatul sperat. În plus, este nevoie de timp pentru a vedea o îmbunătățire. Poate fi nevoie de cel puțin șase săptămâni sau mai mult pentru a vedea un beneficiu real, așa că este o idee bună să aștepți cel puțin 10 până la 12 săptămâni pentru a evalua efectul dorit. Descarcă aplicația MenPro de la North American Menopause Society (NAMS) pentru a verifica ce recomandă medicul tău în timpul consultațiilor în raport cu recomandările acestei organizații.

Începerea tratamentului hormonal al menopauzei

Ca să ia în considerare tratamentul hormonal al menopauzei, o femeie trebuie să aibă mai puțin de 60 de ani sau mai puțin de zece ani de la ultima menstruație și să nu aibă antecedente personale de cancer de sân, accident vascular cerebral sau atac de cord. Unele femei care au avut un cancer endometrial (cancerul uterului) în stadiu incipient, care a fost tratat și care este

considerat vindecat, pot lua în considerare unele forme de THM după o discuție cu oncologul lor (specialistul în cancer). Deoarece riscurile majore pentru sănătate asociate THM sunt legate de formarea cheagurilor de sânge, de apariția bolilor cardiovasculare (atac de cord și accident vascular cerebral) și a cancerului de sân, este important să se analizeze cu atenție factorii de risc ai unei femei cu privire la aceste afecțiuni. Unele femei cu afecțiuni mai ușoare care cresc riscul de coagulare a sângelui pot urma unele forme de THM, dar pentru asta este nevoie de o discuție aprofundată cu medicul lor. Femeile își pot evalua riscul de a face boli de inimă (boală cardiovasculară aterosclerotică sau BCVA) și cancer de sân folosind calculatoare online gratuite: BCVA la tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate/at (sunt necesare nivelurile de colesterol) și cancerul mamar pe pagina bcrisktool.cancer.gov. Dacă riscul de BCVA al unei femei în următorii zece ani este >10% sau riscul de a face cancer de sân este >5%, atunci THM nu este recomandat. Femeile cu risc moderat pentru aceste afecțiuni ar trebui să aibă discuții mai detaliate cu medicii lor, astfel încât să își poată evalua propriile riscuri și modul în care să le pună în balanță cu beneficiile potențiale.

Se recomandă depistarea afecțiunilor de sănătate care ar putea influența decizia de a începe tratamentul hormonal sau alegerea hormonilor înainte de a începe. Aceasta este

o bună ocazie de a-și face investigații medicale care nu au legătură cu menopauza. Femeile ar trebui să ia în considerare următoarele aspecte înainte de a fi evaluate pentru THM:

- **VERIFICAREA TENSIUNII ARTERIALE.** Tensiunea arterială ridicată crește riscul producerii unui accident vascular cerebral și a atacului de cord.

- **O ANALIZĂ DE SÂNGE PENTRU DEPISTAREA DIABETULUI.** Această analiză de sânge este recomandată în fiecare an începând cu vârsta de 45 de ani și mai devreme pentru femeile care prezintă factori de risc. Diabetul este un factor de risc pentru accidentul vascular cerebral și atacul de cord. Femeile cu diabet ar trebui să utilizeze numai tratamentul administrat transdermic.

- **O ANALIZĂ DE SÂNGE PENTRU COLESTEROL, LIPIDE ȘI TRIGLICERIDE.** Valorile crescute ale colesterolului și ale trigliceridelor sunt factori de risc pentru accidentul vascular cerebral și atacul de cord. Estrogenul administrat oral poate crește numărul trigliceridelor, astfel încât femeile cu valori ridicate ale acestora ar trebui să

aleagă tratamentul administrat transdermic.

- **SCREENING PENTRU DEPISTAREA CANCERULUI DE SÂN.** Estrogenul din THM ar putea face ca riscul apariției anumitor cancere de sân să crească. Reține densitatea sânului măsurată la mamografie, deoarece THM poate crește densitatea sânului la unele femei, ceea ce, la rândul său, poate avea un impact asupra depistării cancerului de sân la viitoarele mamografii.

- **EVALUAREA SÂNGERĂRILOR UTERINE ANORMALE.** O evaluare de către un specialist poate stabili dacă orice sângerare neregulată sau neprevăzută este sau nu din cauza cancerului endometrial (vezi capitolul 10 pentru informații suplimentare despre analize). Sarcina ar trebui, de asemenea, să fie exclusă ca posibilă cauză.

- **SĂNĂTATEA OASELOR.** Femeile ar trebui să își evalueze riscul de fractură asociată osteoporozei (vezi capitolul 11). Dacă riscul este ridicat, acest lucru poate avea un impact asupra alegerii hormonilor și asupra duratei tratamentului hormonal al menopauzei.

- **EVALUARE PENTRU DEPISTAREA CANCERULUI CERVICAL.** Riscul de a face cancer de col uterin nu este influențat de menopauză, dar este întotdeauna o idee bună să te asiguri că ești la zi cu evaluările.

- **DEPISTAREA DEPRESIEI ȘI A ANXIETĂȚII.** Cele mai multe cazuri de depresie se întâlnesc la femeile cu vârste cuprinse între 40 și 59 de ani (12,3%). Deși THM poate ajuta unele femei cu depresie ușoară până la moderată, depresia severă poate necesita alte tratamente și monitorizare. Evaluarea obiectivă a depresiei și a anxietății înainte de începerea tratamentului poate ajuta femeile să identifice o afecțiune preexistentă și să nu se mai preocupe de posibilitatea de a face depresie în timp ce urmează THM.

- **DEPISTAREA VIOLENȚEI PARTENERULUI INTIM (VPI).** Fiecare vizită este o oportunitate de a evalua VPI.

Alegerea tipului de tratament hormonal al menopauzei

Există atât de multe opțiuni încât ți se poate părea că te afli într-un restaurant cu foarte multe tipuri de prăjituri – cum poți alege dintr-un meniu atât de variat? Numărul

produselor de calitate farmaceutică pentru THM este copleșitor, dar acest lucru înseamnă și că în această multitudine de opțiuni se află un regim care poate fi adaptat la nevoile medicale individuale ale aproape fiecărei femei. Scopul acestei cărți este de a oferi o bază solidă de date ca să te pregătești pentru discuții în cunoștință de cauză cu medicul tău. Acest capitol este un fel de stagiu practic în domeniul hormonilor.

Și nu uita că, dacă începi un tratament și descoperi că el ar putea avea efecte secundare sau că utilizarea lui îți dă bătăi de cap (la urma urmei, calitatea vieții face parte din obiectiv), acesta nu este Tinder și nu ai glisat spre stânga.

Estrogenul

Estrogenul este cel care asigură tratamentul. Cea mai mare diferență între estrogeni nu este tipul acestora, ci mai degrabă calea de administrare: orală versus transdermică (care include aplicații locale pe piele, precum și vaginale). Estrogenii administrați pe cale transdermică au cel mai mic risc de formare a cheagurilor de sânge și de producere a accidentului vascular cerebral; de fapt, nu cresc riscul acestor complicații majore peste riscul de bază asociat vârstei.

Există și alte diferențe mai mici între estrogeni, care vor fi discutate mai târziu, dar una dintre cele mai importante este aceea că nu toți estrogenii sunt aprobați

pentru tratarea osteoporozei, un aspect important pentru multe femei.

Motivul pentru siguranța relativă a estrogenilor administrați pe cale transdermică comparativ cu cei administrați pe cale orală este un fenomen cunoscut sub numele de „prima trecere“ (vezi figura 16). Majoritatea medicamentelor absorbite prin intestin intră într-un grup specific de vase de sânge care se îndreaptă direct spre ficat pentru procesare și, de acolo, intră în fluxul sanguin. Astfel, prima trecere a medicamentelor se face prin ficat. În cazul administrării pe cale transdermică, estrogenii intră direct în fluxul sanguin prin piele sau vagin, astfel încât atunci când ajunge la ficat, hormonul a fost deja diluat de volumul mai mare de sânge din organism. Efectul primei treceri înseamnă că ficatul primește o doză mult mai mare de hormoni în cazul tratamentului administrat pe cale orală în comparație cu cel administrat transdermic.

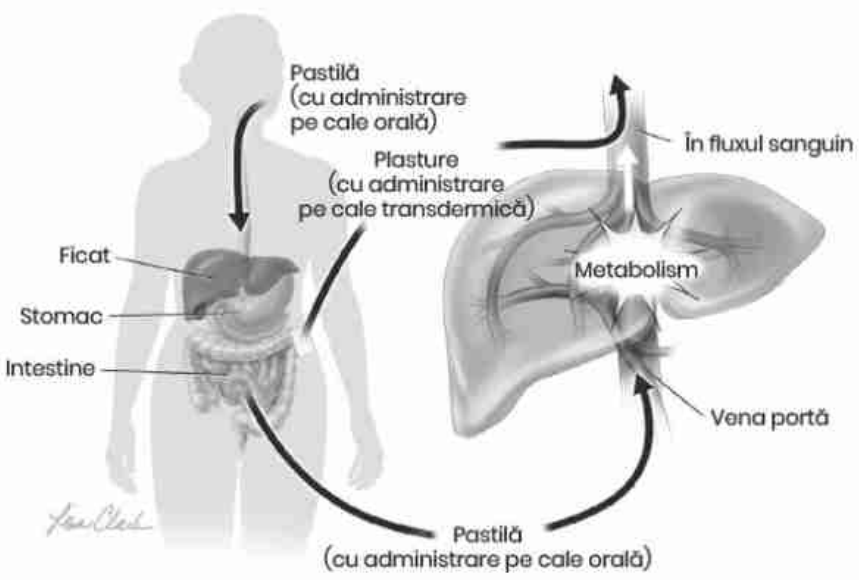


Figura 16. Tratament administrat pe cale orală versus pe cale transdermică

Când estradiolul este administrat pe cale orală, ficatul transformă cea mai mare parte din el în estronă. Deși este un estrogen mai slab, estrona determină ficatul să producă mai multe proteine care influențează coagularea sângelui, de unde și riscul crescut de formare a cheagurilor în cazul estrogenilor administrați pe cale orală. În plus, estrogenul oral determină ficatul să crească producția de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) (îți amintești mnemotehnica „Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri?"), legând mai mult testosteron, astfel încât el să nu poată fi activ. Acesta poate fi unul dintre motivele pentru care unele femei constată că estrogenul administrat pe cale orală are un efect negativ asupra libidoului. Este posibil ca estrona să aibă și alte efecte negative asupra ficatului. Efectul primei treceri este și motivul pentru care estrogenul administrat pe cale orală scade colesterolul, dar crește numărul trigliceridelor.

Estrogenul administrat pe cale transdermică nu are aceste efecte. Alte avantaje ale tratamentului administrat pe cale transdermică sunt nivelurile constante de hormoni, în special în cazul plasturelui și al inelului vaginal. Tratamentul cu administrare orală produce mai multe fluctuații ale nivelurilor, deoarece o cantitate mare de estrogen este absorbită dintr-odată, spre deosebire de un nivel scăzut și constant de administrare în sânge, cum este cazul terapiei transdermice. Este posibil ca

acest efect să nu fie vizibil pentru majoritatea femeilor, dar ar putea avea un impact asupra stării de spirit pentru cele care sunt sensibile la fluctuațiile hormonale. De asemenea, este mai puțin probabil ca estrogenul administrat pe cale transdermică să provoace hipertensiune arterială. Femeile care au dificultăți de absorbție a medicamentelor, de exemplu, după o intervenție chirurgicală de reducere a greutății sau cele cu boală inflamatorie intestinală, nu vor fi îngrijorate de tratamentul administrat pe cale transdermică.

În 1978, etichetarea estrogenilor a fost modificată pentru a reflecta riscul crescut de formare a cheagurilor de sânge care a fost observat în cazul dozelor mari de etinilestradiol utilizate în anticoncepționalele orale. În Statele Unite, când o formă a unui medicament este asociată cu un risc, toate formele medicamentului trebuie să poarte aceeași etichetă de avertizare, astfel încât, chiar dacă estrogenul administrat pe cale transdermică în THM nu este asociat unui risc crescut de formare a cheagurilor de sânge, eticheta menționează acest risc din cauza problemelor observate în cazul estrogenilor administrați pe cale orală.

Toate tratamentele cu administrare pe cale transdermică sunt pe bază de estradiol. Opțiunile sunt următoarele:

- **PLASTURI.** Se aplică de obicei pe partea inferioară a abdomenului

sau pe spate și se schimbă o dată sau de două ori pe săptămână, în funcție de produs. Ei produc cele mai stabile niveluri de estradiol, deci pot fi o opțiune mai bună pentru femeile a căror dispoziție este mai sensibilă la fluctuațiile hormonale. Dozele variază de la 0,014 la 0,1 miligrame pe zi, astfel încât există o gamă largă de opțiuni. Efectele secundare sunt reacțiile la adeziv și neplăcerea de a îndepărta resturile de adeziv de pe piele. Este posibil ca plasturii să nu se lipească la fel de bine pe pielea persoanelor care petrec mult timp înotând sau care fac des băi fierbinți în cadă. Dacă există o problemă cu adezivul, o altă marcă poate fi mai puțin iritantă.

- **GELURI, SPRAYURI ȘI EMULSII.** Se aplică zilnic pe brațe. La fel ca în cazul plasturilor, există o gamă foarte largă de doze, deși, în cazul unor produse cu doze medii și mari, este necesară o suprafață destul de mare pentru aplicare. Aceste produse tind să irite pielea mai puțin decât plasturele și nu lasă urme de adeziv atât de asemănătoare cu smoala încât ar putea fi folosite pentru reparații rutiere. Dezavantajul este că locul

de aplicare nu trebuie spălat (scade nivelul de estrogen absorbit) și nu trebuie aplicată cremă hidratantă (crește nivelul de estrogen) timp de cel puțin o oră după aplicare.

- **INEL VAGINAL.** Se înlocuiește la fiecare 90 de zile, deci este foarte ușor de utilizat. Există două opțiuni de dozare, de 0,05 și 0,1 miligrame pe zi, ceea ce reprezintă un dezavantaj, deoarece unele femei își pot controla simptomele și își pot proteja oasele cu doze mai mici de estradiol.

Dacă o opțiune transdermică nu este posibilă din cauza costului sau a fost încercată, dar pielea este iritată în permanență, iar inelul nu este acceptabil, atunci tratamentul cu administrare de estrogen pe cale orală este o opțiune. Estrogenii administrați pe cale orală au un risc de formare a cheagurilor de sânge la 8–9 din 10 000 de femei în fiecare an, deci sunt încă foarte siguri, dar riscul este mai mare decât cel al plasturelui. Opțiunile de estrogeni administrați pe cale orală includ următoarele:

- **ESTRADIOLUL** este principalul estrogen produs de foliculi, realizat prin semisinteză.

- **ESTROGENII ECVINI CONJUGAȚI SAU EEC** conțin mai mult de zece estrogeni diferiți, cei mai numeroși fiind sulfatul de sodiu de estronă și sulfatul de sodiu ecvin. Sunt disponibili doar sub formă de tratament administrat oral. Este singurul tratament natural și este extras din urina iepelor.

- **ESTROGENII CONJUGAȚI SAU EC** sunt o versiune sintetică (creată în laborator) a EEC. Unii dintre numeroșii estrogeni EEC sunt reproduși, dar nu toți. În Statele Unite, estrogenii conjugați nu sunt considerați un echivalent al EEC, dar în Canada sunt. Sunt disponibili doar ca tratament administrat oral și reprezintă o opțiune pentru femeile care preferă EEC, dar nu doresc un produs obținut din urină de iapă. În Statele Unite, EC nu sunt aprobați pentru prevenirea osteoporozei.

- **ETINILESTRADIOLUL** este mai puternic decât alți estrogeni, deci dozele sunt de obicei mai mici. Este metabolizat mai lent, producând o fluctuație mai mică a nivelurilor hormonale.

- **ESTROPIPATUL** este estronă care a fost modificată prin combinarea

cu piperazină. Este aprobat pentru osteoporoză.

- **ESTROGENII ESTERIFICAȚI** sunt un amestec de sulfat de estronă și sulfat de ecvilină, dar cu niveluri mai mari de estronă și mai mici de ecvilină decât EEC sau EC. Este disponibil doar ca tratament administrat oral și nu este aprobat pentru osteoporoză.

Estetrolul este un estrogen aflat în prezent în curs de cercetare, dar care nu se află pe piață. Acesta este produs doar de ficatul fătului în timpul sarcinii. Unele cercetări preliminare interesante sugerează că estetrolul ar putea avea unele proprietăți unice, inclusiv un efect mai puțin nociv asupra țesutului mamar. Până în septembrie 2020, nu existau suficiente date culese din studii efectuate pe oameni pentru a susține sau respinge această ipoteză, dar este o direcție de cercetare. Estriolul, estrogenul produs în principal de placentă, este utilizat în THM în Europa, dar în Statele Unite nu au fost prezentate agenției FDA date care să-i susțină utilizarea. Este un estrogen mult mai slab decât estradiolul și EEC.

Scopul în cazul estrogenilor este de a administra cea mai mică doză care să gestioneze simptomele și/sau să prevină osteoporoza. Când simptomele sunt grave, unii medici pot prescrie inițial o doză moderată pentru a urmări cea mai rapidă

ameliorare, în timp ce alții pot recomanda să se înceapă cu o doză mai mică și să fie crescută dacă este ineficientă. Merită menționat faptul că dozele mai mici pot fi adesea eficiente. Scopul nu este de a imita nivelurile hormonale dinaintea ultimei menstruații – amintește-ți că nu este vorba de un tratament de substituție –, ci de a oferi ceea ce este necesar. Pentru a avea o perspectivă, în timpul ovulației, cantitatea de estradiol din sânge variază de obicei între 70 și 300 mcg (uneori chiar mai mult), iar după menopauză nivelurile sunt <25 mcg/l. Un plasture cu 0,05 mg de estradiol are ca rezultat un nivel de aproximativ 50 mcg/l în sânge, iar un plasture cu 0,0375 mcg are 37,5 mcg/l, și așa mai departe.

Estrogenii nu au fost studiați astfel încât să fie posibile comparații directe, dar tabelele 4 și 5, de la paginile 451 și 452, oferă o aproximare privind compararea estrogenilor pe baza hormonului, a căii de administrare și a sursei.

Progestogenii

Progestogenii includ progesteronul și progestinele (îți amintești trupa noastră de fete?). Progestogenii protejează mucoasa uterină de efectele estrogenului prin reducerea numărului de receptori de estrogen din mucoasa uterină și prin creșterea activității enzimei care transformă estradiolul în estrona mult mai slabă. Riscul

producerii unor modificări precanceroase și al apariției cancerului în cazul estrogenilor este foarte real, iar cu cât o femeie ia estrogeni mai mult timp fără a-și proteja uterul, cu atât riscul este mai mare, așa că doza corectă de progestogen este importantă. Există afirmații pe internet conform cărora „estrogenul stimulează și progesteronul calmează", ceea ce înseamnă că toate femeile au nevoie de ambii hormoni, dar acest lucru nu este adevărat. Motivul existenței progestogenului este uterul, deși există unele excepții (întotdeauna există excepții în ceea ce privește menopauza).

O parte din riscul apariției cancerului de sân asociat tratamentului hormonal al menopauzei este din cauza progestogenului, deși cantitatea de progestogen este încă o sursă de controverse. În cazul EEC și al acetatului de medroxiprogesteron (MPA, progestinul utilizat în studiul WHI), riscul de a face cancer de sân a crescut după trei sau patru ani de administrare a unui estrogen-progestin în comparație cu estrogenul administrat singur. Alte studii au arătat că progesteronul și didrogesteronul (un progestin cu o structură chimică foarte asemănătoare cu cea a progesteronului) nu cresc riscul de a face cancer de sân în primii cinci ani de utilizare, dar după această perioadă riscul începe să crească, ajungând chiar să fie similar cu cel al altor progestine – cam 1 caz la 1 000 de femei pe an. Atunci când estrogenul este utilizat

singur, riscul apariției cancerului de sân poate să nu crească în șapte ani de tratament.

Există unele studii de mică amploare, care analizează direct țesutul mamar, sugerând că progesteronul ar putea avea un efect negativ mai mic decât progestinele. Pe baza acestor date, North American Menopause Society (NAMS) favorizează progesteronul (didrogesteronul nu este disponibil în Statele Unite) pentru început, dar subliniază că pot exista motive pentru care progestinele sunt de preferat pentru anumite femei. Nu se cunoaște riscul apariției cancerului de sân asociat dispozitivelor intrauterine cu levonorgestrel în tratamentul hormonal al menopauzei. Ceea ce este absolut nesigur este progesteronul administrat pe cale transdermică, deoarece nu este absorbit bine și, astfel, nu poate proteja uterul.

În Statele Unite și Canada există șase progestogeni diferiți și patru căi de administrare diferite – transdermică, orală, vaginală și intrauterină. Așadar, o mulțime de opțiuni. Progesteronul eliberat pe bază de rețetă este cunoscut sub denumirea medicală de progesteron micronizat administrat oral, dar, de dragul simplității, ne vom referi la el ca progesteron.

Majoritatea progestogenilor sunt obținuți prin semisinteză (vezi capitolul 17, pentru o recapitulare). Unii sunt derivați din progesteron, iar alții din testosteron sau dintr-un alt hormon steroidian, numit

spironolactonă, dar în cele din urmă provin din diosgenină sau dintr-un compus vegetal similar care a fost modificat în laborator. Progestinele au fost inițial singura opțiune pentru tratamentul oral, deoarece nu fuseseră descoperite modificările chimice necesare pentru a modifica progesteronul astfel încât acesta să poată fi absorbit atunci când este administrat pe cale orală. Alte modificări au făcut ca unele dintre progestine să fie mai eficiente în suprimarea efectului estrogenului asupra mucoasei uterine pentru a reduce tiparele de sângerare neregulată observate la administrarea anticoncepțio-nalelor orale.

Progestinele derivate din testosteron își pot menține unele proprietăți ce țin de testosteron, dar nu se știe dacă acestea sunt semnificative din punct de vedere clinic pentru majoritatea femeilor. Este întotdeauna posibil ca un tip de progestină să provoace în cazul unor femei mai multe stări de balonare sau acnee decât altul. Drospirenona, derivată din spironolactonă, are proprietăți care reduc efectul testosteronului, iar acest hormon poate fi deosebit de util pentru femeile care au probleme cu balonarea în timpul tratamentului hormonal al menopauzei.

Pentru a proteja uterul, trebuie administrat un progestogen cel puțin 12 zile per „ciclu“, unde un ciclu reprezintă 28 de zile de tratament. Acest lucru imită expunerea din timpul unui ciclu ovulator,

deoarece progesteronul este secretat doar odată cu ovulația.

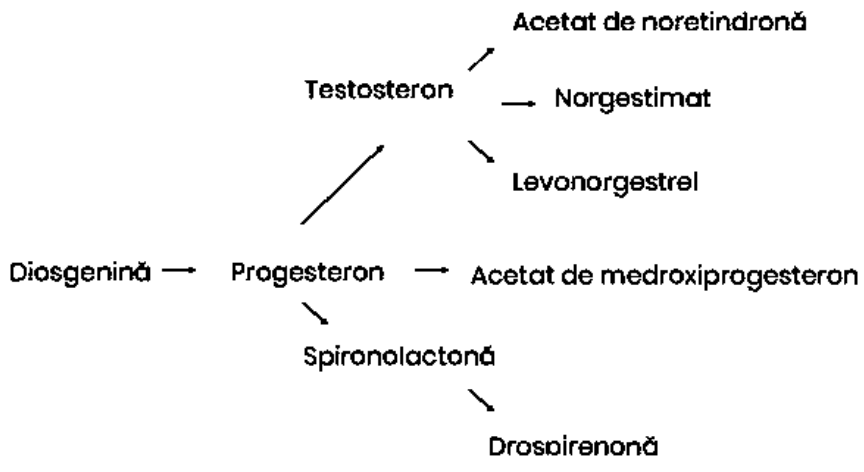


Figura 17. Originea progestogenilor

Progestogenii sunt disponibili în produse combinate, iar progestogenii individuali pot fi amestecați și combinați cu estrogenul ales. Există prea multe produse individuale pentru a le enumera, dar iată câteva considerente generale și nuanțe de luat în considerare:

- **PROGESTERONUL:** hormonul preferat pentru început, dar al cărui avantaj față de alte opțiuni este mic.

- **ÎN TRANZIȚIA SPRE MENOPAUZĂ,** un dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel sau anticoncepționalele cu doză mică (amestec de estrogen și progestogen) poate controla ciclurile neregulate și poate asigura contracepția dacă este necesar.

- **ANTECEDENTE SAU EPISOADE ACTUALE DE DEPRESIE.** Progesteronul este probabil cea mai bună opțiune

pentru a începe tratamentul hormonal al menopauzei.

- **UTILIZARE UȘOARĂ.** DIU cu levonorgestrel este cea mai independentă opțiune pentru utilizatoare; un plasture combinat este și el convenabil (se schimbă săptămânal).

- **CALEA DE ADMINISTRARE.** Unele femei preferă ideea unui produs combinat, altele adoră ideea unui plasture care include ambii hormoni, altele aleg un DIU, dar pentru nevoile altora, un produs vaginal este mai bun.

- **SOMNUL.** Progesteronul poate face ca unele femei să fie somnoroase, ceea ce poate fi sau nu de ajutor, în funcție de circumstanțele individuale. Vezi capitolul 16 pentru informații suplimentare.

- **ALERGIA LA ARAHIDE.** Formula orală a progesteronului în Statele Unite are încă ulei de arahide listat în descrierea produsului; cu toate acestea, în Canada, acum este disponibil cu ulei de floarea-soarelui.

- **SÂNGERĂRILE NEREGULATE.** Progestinele asigură de obicei un control mai bun al acestora.

- **BUFEURILE.** Progestinele pot fi de ajutor, un lucru util pentru femeile care doresc să continue cu o doză foarte mică de estrogen sau pentru care estrogenul nu funcționează suficient. Progestinele ar putea reprezenta o opțiune pentru unele femei care nu pot lua estrogeni din cauza riscului producerii unui accident vascular cerebral sau atacului de cord, deoarece nu afectează coagularea sângelui.

- **OSTEOPOROZA.** Progestinele ajută la menținerea sănătății oaselor; progesteronul nu are niciun impact. Acest lucru poate fi important pentru femeile care utilizează o doză foarte mică de estrogen.

O opțiune fără progestogeni

Mucoasa uterină poate fi protejată împotriva efectelor negative ale estrogenului și cu ajutorul unui medicament numit bazedoxifen, care este un modulator selectiv al receptorilor de estrogen sau MSRE. Acest lucru înseamnă că acționează ca un estrogen asupra unor țesuturi, dar contracarează efectul estrogenului asupra altora. Am mai discutat despre MSRE – Tamoxifen, pentru cancerul de sân, în capitolul 5. Bazedoxifenul este util pentru că

acționează ca un estrogen asupra oaselor și contracarează efectele estrogenului asupra mucoasei uterine și în privința sânilor. Nu prezintă niciun risc de apariție a cancerului mamar și nu crește densitatea sânului, ceea ce reprezintă o problemă pentru unele femei care urmează tratamentul hormonal al menopauzei. Dezavantajul este că bazedoxifenul crește ușor riscul formării cheagurilor de sânge și al intensifi-cării bufeurilor.

Combinarea unui MSRE cu un estrogen creează o nouă clasă de medicamente numită „complex estrogenic cu selectivitate tisulară“ sau CEST. Ideea este de a obține beneficii din partea ambelor medicamente și de a face ca acestea să-și anuleze reciproc orice efecte secundare negative. Singurul CEST disponibil în prezent, începând din septembrie 2020, este de 0,45 miligrame de EEC (combinația de estrogeni ecvini) cu 20 miligrame de bazedoxifen, cunoscut sub numele de CEE/BZA (Duavee în Statele Unite și Duavive în Canada). Este aprobat pentru tratamentul bufeurilor și pentru prevenirea osteoporozei – EEC anulează efectul bazedoxifenului asupra bufeurilor, iar bazedoxifenul anulează efectul EEC asupra mucoasei uterine și a sânilor, astfel încât nu există riscul de a face cancer endometrial și nu există o creștere a densității sânilor (care afectează calitatea unei mamografii). Deși nu este aprobat de FDA pentru sindromul genito-urinar de menopauză, poate ameliora uscăciunea vaginală, deși este mai puțin clar

dacă ameliorează și durerea din timpul actului sexual, deoarece doza de estrogen poate fi prea mică. Datele privind CEE/BZA nu indică un risc crescut de formare a cheagurilor de sânge comparativ cu estrogenul administrat singur, dar nu există suficiente date pe termen lung pentru a putea fi 100% siguri.

CEE/BZA este o opțiune bună pentru femeile care doresc să urmeze THM împotriva bufeurilor sau pentru prevenirea osteoporozei și care nu tolerează un progestogen, fie din cauza efectelor asupra dispoziției, fie din cauza sângerărilor. Nu ar trebui considerată o formă mai sigură de THM, ceea ce înseamnă că riscurile apariției cancerului mamar, a cheagurilor de sânge și a demenței sunt aceleași ca în cazul altor tipuri de THM. O femeie cu sânii foarte denși, care a făcut deja una sau două biopsii, dar care nu are cancer de sân, ar putea lua în considerare acest produs pentru a nu face screeningul mamar și mai dificil. Dacă obiectivul principal este diminuarea durerii din timpul actului sexual, atunci probabil că CEE/BZA nu este cea mai bună opțiune.

Există cercetări în curs de desfășurare care analizează CEE/BZA pentru femeile cu carcinom ductal in situ sau CDIS, o formă neinvazivă de cancer de sân. Teoretic, este posibil ca bazedoxifenul să anuleze efectul negativ al EEC asupra țesutului mamar, astfel încât se poate ca un CEST să devină o opțiune pentru aceste femei într-o bună zi.

Remedierea problemelor asociate tratamentului hormonal al menopauzei

Printre efectele secundare mai frecvente se numără balonarea, sângerările neregulate, sensibilitatea sânilor, schimbările de dispoziție, greața și migrenele. Ultimele două sunt cauzate de obicei de estrogen, iar schimbările de dispoziție și balonarea mai degrabă de progestogeni. Sângerările și sensibilitatea sânilor pot fi cauzate de oricare dintre acestea. Opțiunile pentru diminuarea acestei probleme sunt schimbarea fie a medicamentelor, fie a dozei. Schimbarea medicației ar putea consta în trecerea la o altă clasă de hormoni, de exemplu, de la un progestin la un progesteron sau de la estradiol la EEC. O altă opțiune este schimbarea căii sau a modului de administrare – de exemplu, de la un plasture la administrarea vaginală, sau creșterea ori scăderea dozei. Acesta este un proces care implică mai multe încercări și nereușite și necesită părerea unui medic specialist bine informat. Poate dura trei luni pentru a vedea schimbarea dorită, în funcție de efectul secundar. Mai multe informații despre complicațiile legate de starea de spirit în capitolul 12.

Când trebuie să mă opresc?

Recomandările anterioare sugerau ca femeile să oprească THM la vârsta de 65 de

ani, dar atâta timp cât tensiunea arterială, colesterolul și trigliceridele sunt stabile, nu există o necesitate medicală de a te opri, iar continuarea poate fi o opțiune bună. Există cercetări în curs de desfășurare cu privire la legătura dintre estrogenul administrat pe termen lung și demență și, prin urmare, este posibil ca, în timp, să aflăm mai multe despre eventualele probleme de siguranță.

Dacă o femeie ar trebui să ia în considerare oprirea tratamentului hormonal al menopauzei depinde și de motivul pentru care l-a început. Dacă a făcut-o împotriva bufeurilor, a tulburărilor de somn sau a schimbărilor de dispoziție, aceste simptome ar putea să nu mai fie la fel de puternice odată ce haosul hormonal al anilor de tranziție spre menopauză a trecut. Oprirea estrogenului la vârsta de 55 de ani (sau în orice moment după ultima menstruație) nu resetează tranziția spre menopauză; THM le permite femeilor să evite acele fluctuații hormonale extreme și să revină la normal, ca să spunem așa, după ce acestea au trecut. Bufeurile pot persista uneori mai mulți ani după ultima menstruație, iar riscul de a face osteoporoză nu dispare, așa că fiecare femeie va trebui să decidă împreună cu medicul ei când și dacă trebuie să întrerupă THM.

DE REȚINUT

- În timp ce estrogenii administrați pe cale orală prezintă un risc scăzut, estradiolul administrat

pe cale transdermică reprezintă cel mai mic risc și este metoda preferată pentru început.

- Estradiolul administrat transdermic este disponibil sub formă de plasturi farmaceutici, creme, loțiuni, spray-uri și inel vaginal – toate au avantaje și inconveniente minore asociate utilizării, dar există o mare varietate de doze și astfel tratamentul poate fi personalizat pentru a se adapta nevoilor fiecărei femei.

- Progesteronul sau progesteronul micronizat administrat oral are probabil cel mai mic risc de apariție a cancerului de sân și cel mai mic risc de schimbare în rău a dispoziției. În consecință, reprezintă progestogenul preferat pentru tratamentul administrat oral.

- DIU Mirena este o alegere excelentă de tratament cu progestogen pentru femeile care nu doresc să ia progesteron pe cale orală, dar există și alte opțiuni, cum ar fi progesteronul administrat pe cale vaginală și plasturele cu progestine.

- Un complex estrogenic cu selectivitate tisulară sau CEST este o opțiune bună pentru femeile care doresc să evite un progestogen.

CAPITOLUL 19

Fitoestrogenii, alimentele și hormonii

Adevăruri și tendințe

Interacțiunea dintre hormoni și alimente este complexă și, uneori, limbajul și medicina pot fi foarte confuze, așa că nu este de mirare că există multă dezinformare pe această temă.

Există multe persoane care pretind că diverse alimente sau diete pot oferi soluții, leacuri și resetări hormonale pentru femeile aflate la menopauză. Dar alimentele nu schimbă nivelurile hormonale în sensul de „mănâncă asta pentru a schimba acel hormon“. Dacă plantele ar conține hormoni care ar putea fi digerați și folosiți de organismul uman, atunci am fi știut până acum, deoarece aceste alimente nu doar că ar fi ameliorat simptomele menopauzei, ci ar fi cauzat și pubertate prematură, cicluri menstruale neregulate, infertilitate, precum și dezvoltarea sânilor la bărbați. Iar cei care mănâncă cele mai multe plante – vegetarienii și veganii – ar prezenta mai multe asemenea probleme de sănătate. Dar nu este cazul.

Nu ne luăm hormonii din plante și nu suntem capabili să transformăm substanțele din plante în hormoni. Ne producem toți estrogenii, testosteronul și progesteronul din colesterol. Acesta este un proces complex, în mai multe etape (vezi capitolul 3), și nu vreun soi de sistem automatizat în care, dacă adaugi mai multe ingrediente brute, obții mai mult produs final. În plus, intestinul nu poate identifica o moleculă specifică dintr-o masă imediat ce ajunge în stomac, emițând un avertisment de tipul: „Nu atinge, este strict pentru uz ovarian!“

Percepțiile eronate despre plante și hormoni sunt probabil din cauza faptului că mulți nu înțeleg cum sunt produși hormonii,

însă știu că plantele conțin substanțe cunoscute sub numele de fitoestrogeni. Cuvântul „fitoestrogen“ este foarte asemănător cu „estrogen“, așa că orice confuzie între cele două este ușor de înțeles, dar fitoestrogenii nu sunt estrogeni și nu sunt transformați în estrogeni. Un alt motiv pentru care se face această confuzie este faptul că majoritatea hormonilor din tratamentul hormonal al menopauzei (THM) sunt sintetizați în laborator dintr-o substanță care se găsește într-un anumit tip de igname sau de soia. Această transformare implică un proces în mai multe etape și nu este deloc naturală, iar organismul nostru nu este capabil să transforme aceste substanțe din igname sau soia în hormoni. Vezi capitolele 17 și 18 pentru informații suplimentare.

Nivelurile hormonale pot fi afectate de malnutriție și/sau de schimbarea tiparului de alimentație, care conduce la o pierdere rapidă sau extremă în greutate, din cauza impactului asupra semnalizării hormonale complexe și coordonate necesare pentru o ovulație regulată. Unele femei sunt mai sensibile decât altele la schimbările din alimentație. Tiparele alimentare care cresc grăsimea viscerală pot afecta globulina de legare a hormonilor sexuali (SHBG, proteina care transportă hormonii despre care am discutat pe parcursul cărții, folosind mnemonica „Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri?). Fibrele pot afecta și modul în care estrogenul este reabsorbit (vezi

capitolul 6), dar dacă astfel se produce un efect, el este unul pe termen lung.

Fitoestrogenii

Fitoestrogenii sunt compuși care se găsesc în plante și care pot imita estrogenul sau pot interfera cu el. Hormonii interacționează cu receptorii celulelor – amintește-ți modelul încuietoare (receptor) și cheie (hormon) pe care l-am discutat anterior (capitolul 3). O moleculă de estrogen se potrivește perfect cu receptorii de estrogen. În cazul fitoestrogenilor, o parte a cheii este similară. Deoarece nu sunt identici, fitoestrogenii nu sunt la fel de puternici sau la fel de *estrogenici* ca estrogenii. Gândește-te la estrogeni și fitoestrogeni ca la laptele de vacă și, respectiv, cel de soia. Există asemănări – laptele de soia poate înlocui uneori laptele de vacă în rețetele culinare –, dar sunt produse cu totul diferite, iar laptele de vacă nu poate fi obținut din lapte de soia.

Fitoestrogenii pot fi și antiestrogeni prin ocuparea unui receptor, așa cum o cheie greșită blocată într-o încuietoare împiedică accesul altor chei. Acest lucru poate explica de ce unele studii au sugerat că fitoestrogenii pot proteja împotriva unor cancere sensibile la hormoni, cum ar fi cel mamar și endometrial (cancerul mucoasei uterine), deoarece pot reduce efectul estrogenilor circulanți asupra țesuturilor.

Fitoestrogenii sunt adesea numiți „hormoni derivați din plante“, dar aceasta este o terminologie inexactă și derutantă. Nu numai că fitoestrogenii nu sunt hormoni pentru oameni, ci ei nu sunt nici măcar pentru plante. Unele plante conțin cantități infime de progesteron, dar nivelurile sunt prea mici pentru a avea un efect asupra oamenilor – motivul pentru care plantele au cantități infime din acești hormoni nu este pe deplin înțeles.

Deci, de ce conțin plantele substanțe care pot acționa uneori ca un estrogen și care alteori blochează estrogenii? Principala teorie este că fitoestrogenii au evoluat ca mecanisme de apărare pentru plante – practic, ca metodă contraceptivă pentru erbivore. Turmele de animale care pasc pot distruge vegetația, astfel încât contracepția care reduce numărul de erbivore este o adaptare evolutivă ingenioasă. S-a documentat faptul că oile care pasc pe câmpuri bogate în trifoi prezintă rate mai mari de infertilitate, avorturi spontane și miei cu malformații congenitale din cauza nivelului ridicat de fitoestrogeni din trifoi. Această teorie ar explica și de ce fitoestrogenii pot fi absorbiți din tractul gastrointestinal.

Ce interesantă este evoluția, nu-i așa?

Fitoestrogenii ar putea, de asemenea, să asigure apărarea plantelor împotriva anumitor micotoxine, care sunt toxine dăunătoare produse de ciuperci. Una dintre ele, zearalenona, este un perturbator

endocrin atât de puternic, încât este chiar mai puternic decât cele produse de om, cum ar fi substanțele perfluoroalchilate și polifluoroalchilate (PFAS, vezi capitolul 5). Există multe micotoxine dăunătoare. Cornul-secarei este poate cel mai faimos exemplu, produs de o ciupercă ce crește pe cereale. Acesta poate provoca halucinații, arsuri ale pielii, cangrene, avorturi spontane și chiar moartea. În Evul Mediu, era numit focul Sfântului Anton. Interesant este că acest fitoparazit este folosit și în medicină (vezi capitolul 22 pentru informații suplimentare). Având în vedere aceste preocupări legate de sănătate, există directive stricte pentru limitarea micotoxinelor din alimente.

Există cinci clase importante de fitoestrogeni: izoflavone (cele mai cunoscute sunt genisteina și daidzeina), cumestani, prenilflavonoide, lignani și stilbeni (vezi figura 18). Înainte de a te lăsa dusă de val, consumul de vin roșu și de bere nu este remediul pentru bufeuri!

Unii fitoestrogeni trebuie să interacționeze cu bacteriile din intestin pentru a fi absorbiți, iar la unele persoane acest proces poate fi mai eficient. De exemplu, doar 30–40% din populație are bacterii capabile să transforme daidzeina în equol, un fitoestrogen și mai puternic. Persoanele de origine asiatică au mai multe șanse să posede această bacterie. Vârsta reduce capacitatea de transformare a fitoestrogenilor în forme active, la fel și antibioticele, care pot afecta negativ

bacteriile intestinale și pot împiedica transformarea fitoestrogenilor în forme bioactive în intestin.

CLASA DE FITOESTROGENI	FITOESTROGENII	SURSELE COMUNE
IZOFLAVONE	Genisteină Daidzeină Glicerină Formononetină Biocanina A	Soia Alimente pe bază de soia Leguminoase
CUMESTANI	Cumestrol 4-metoxicumestrol Repensol Trifoliol	Mazăre galbenă Fasole Pinto Fasole Lima Germeni de lucernă Germeni de trifoi
PRENILFLAVONOIDE	8-prenilnaringenină	Bere, hamei
LIGNANI	Enterodiol Enterolactonă	Semințe de in Cereale integrale Fructe Legume Semințe de susan Leguminoase
STILBENI	Resveratrol	Struguri roșii Vin roșu

Figura 18: Fitoestrogenii

Sunt fitoestrogenii din alimentație benefici pentru oameni?

Din punct de vedere tehnic, fitoestrogenii sunt perturbatori endocrini (PE), deși acest

termen este de obicei rezervat substanțelor chimice sintetice perturbatoare ale sistemului endocrin, cum ar fi PFAS, care au efecte negative (de exemplu, creșterea riscului apariției timpurii a menopauzei). Cu toate acestea, deoarece perturbatorii endocrini naturali din plante pot avea efecte negative asupra animalelor care le consumă, iar micotoxinele care sunt fitoestrogeni pot avea consecințe grave asupra sănătății, este important să nu considerăm din start fitoestrogenii ca fiind siguri. Activarea sau dezactivarea receptorilor de estrogen, în special în mod cronic pentru alimente care pot fi de bază în alimentație, ar putea teoretic să aibă unele consecințe.

Vestea bună este că studiile ample nu au făcut o legătură între dietele bogate în fitoestrogeni și cancerele cu răspuns hormonal sau cu alte rezultate grave pentru sănătate. De fapt, multe studii arată că dietele tradiționale cu un aport ridicat de fitoestrogeni pot avea un efect protector. Totuși, este important să ne amintim că aceste studii au analizat dieta per ansamblu, astfel încât fitoestrogenii au fost însoțiți de cantități însemnate de legume și pește – adică alimente benefice pentru sănătate.

Studiul „Osteoporosis Prevention Using Soy" sau OPUS a distribuit aleatoriu femeilor aflate la postmenopauză incluse în studiu o doză mare de fitoestrogeni din soia, de până la patru ori mai mare decât cea care se găsește de obicei într-o dietă asiatică tradițională, și a urmărit aceste femei pe

parcursul a doi ani. Nu a existat un risc crescut de apariție a vreunei consecințe grave asupra sănătății asociat cu estrogenul, cum ar fi îngroșarea mucoasei uterine (un potențial indicator al leziunilor precanceroase), cancerul de sân sau fibroamele uterine (tumori benigne ale uterului). Nu se știe dacă această cantitate de fitoestrogeni ar putea cauza o problemă în cazul consumului pe termen mai lung.

Unele studii sugerează că o dietă bogată în izoflavone încă din copilărie poate proteja împotriva cancerului de sân, dar creșterea aportului de izoflavone nu pare să confere aceeași protecție pe parcursul vieții. Studiul EPIC („European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition“) a urmărit femei care primeau un aport moderat și scăzut de izoflavone (10,8 mg/zi vs. 0,23 mg/zi) șapte ani în medie și nu a constatat nicio diferență în ceea ce privește numărul de cazuri de cancer de sân apărute la femeile care consumau mai mulți fitoestrogeni.

Primele date sugerează că nu există nicio interacțiune negativă cu inhibitorii de aromatază (medicamente utilizate pentru cancerul mamar cu răspuns hormonal, vezi capitolul 5) și că fitoestrogenii ar putea chiar să reducă riscul de recidivă a cancerului de sân în rândul supraviețuitoarelor acestei boli. Dar, înainte de a adăuga cantități mari de fitoestrogeni în alimentație, femeile cu cancer de sân, în special cele care iau inhibitori de aromatază, ar trebui să discute mai întâi cu oncologul lor.

Consumul de alimente bogate în fitoestrogeni variază drastic în întreaga lume, cu cele mai ridicate niveluri în Japonia și China (variază semnificativ în funcție de provincie, dar, în general, este mai mare decât în Occident) și cele mai scăzute în țările mediteraneene (vezi figura 19). Acest lucru se înregistrează de obicei prin consumul de izoflavone, cel mai frecvent fitoestrogen alimentar.

ȚARA/REGIUNEA	CONSUM MEDIU DE IZOFLAVONE/ZI
Japonia	26–64 mg
China	18–41 mg
Coreea de Sud	24 mg
Marea Britanie – Dietă sănătoasă	22,4 mg
Marea Britanie – Dietă obișnuită*	4 mg
Europa – Mediteraneeană	1,5 mg
Europa – Non-mediteraneeană	2,1 mg
Canada	1,2 mg
Statele Unite ale Americii	1,1–2 mg

*Dieta obișnuită din Marea Britanie are probabil mai multe izoflavone decât în Europa, Statele Unite ale Americii și Canada, deoarece făina conține des adaos de făină de soia.

Figura 19: Consumul de fitoestrogeni

Aici avem două diete tradiționale, ambele asociate cu sănătatea și longevitatea – una din Japonia, care este foarte bogată în

izoflavone, și o alta din zona mediteraneeană (vezi capitolul 21) care este foarte săracă în izoflavone. Nu este o enigmă dietetică așa cum pare a fi la prima vedere, deoarece există unele asemănări de bază între aceste diete tradiționale – ele nu conțin alimente procesate, au adaos scăzut de zahăr și conțin multe legume și pește. Oamenii sunt niște omnivori destul de eficienți și poate că, atâta timp cât dieta este echilibrată și conține elementele de bază importante, ne putem adapta altfel la ceea ce se prepară la nivel local.

Acesta este un aspect foarte important, care se pierde adesea atunci când oamenii se concentrează asupra așa-numitelor superalimente. Este clar că fitoestrogenii pot face parte dintr-o dietă sănătoasă, dar nu sunt substanțe nutritive esențiale. Este logic, din punct de vedere evolutiv, că în diferite regiuni alimentele cel mai mult asociate cu sănătatea și longevitatea au devenit de bază, având în vedere că oamenii care le-au consumat – sau care au fost cel mai în măsură să obțină beneficii din consumul lor datorită diferențelor genetice – au fost cei mai sănătoși și, prin urmare, au avut mai multe șanse să se reproducă și să transmită aceste caracteristici genetice. Dietele care aveau cele mai mari șanse să favorizeze longevitatea le permiteau bunicilor să trăiască suficient de mult pentru a contribui la asigurarea succesului reproductiv al generației următoare. Alimentele pot exercita o presiune evolutivă prin favorizarea

persoanelor cu enzime mai eficiente sau cu bacterii intestinale diferite, iar acest lucru este adesea uitat când se analizează dietele tradiționale. Femeile din Asia au evoluat odată cu alimentele disponibile la nivel local, la fel și femeile din zona Mediteranei, astfel încât este posibil ca beneficiile unei anumite diete să fie legate și de caracteristicile genetice.

Multe persoane care fac schimbări în alimentație care le cresc aportul de fitoestrogeni consumă și mai multe legume și cereale integrale, astfel încât este dificil să se stabilească beneficiile fitoestrogenilor și pe cele ale schimbării alimentației sau ale pierderii în greutate care ar fi putut rezulta în urma transformării dietei.

În general, o dietă cu <100 mg de izoflavone pe zi (pentru a ajunge la acest nivel ar fi nevoie de un efort destul de mare) nu prezintă niciun risc pentru sănătate și, pentru multe persoane, face parte dintr-o alimentație foarte sănătoasă și echilibrată. Dietele cu niveluri de izoflavone >100 mg pe zi nu au fost bine studiate.

Pot fitoestrogenii din alimentație să amelioreze simptomele menopauzei?

Chiar dacă sunt semnalate mai puține cazuri de bufeuri în rândul japonezelor care au o dietă asiatică tradițională, este foarte greu de stabilit beneficiul fitoestrogenilor din alimente comparativ cu capacitatea

genetică a acestor femei de a transforma fitoestrogenii într-o formă mai bioactivă, cu calitatea generală a dietei și cu atitudinile culturale față de menopauză și îmbătrânire sau alți factori necunoscuți.

Majoritatea studiilor privitoare la suplimentele cu fitoestrogeni, adică o cantitate mai mare decât cea care poate fi consumată în mod obișnuit într-o dietă, nu par să indice un impact semnificativ (sau vreunul de orice fel) asupra bufeurilor, a calității somnului sau a uscăciunii vaginale, astfel încât pare puțin probabil ca fitoestrogenii din dietă să aibă vreun impact. Un studiu a sugerat că suplimentarea cu făină de soia ar putea avea un efect benefic minor asupra celulelor vaginale analizate la microscop. Dar în cadrul acestui studiu, femeile nu au fost întrebate dacă uscăciunea vaginală sau durerea în timpul actului sexual li s-au mai ameliorat, astfel încât nu este posibil să se știe dacă intervenția a fost utilă sau nu. Un alt studiu efectuat pe femei aflate la postmenopauză cărora li s-au administrat 100 de miligrame de izoflavone în dietă prin intermediul soiei nu a relevat niciun efect asupra hormonilor (așa cum era de așteptat) și nicio ameliorare a simptomelor menopauzei.

Chiar dacă știu că datele nu susțin creșterea cantității de fitoestrogeni din alimentație ca tratament pentru simptomele menopauzei, unele femei doresc totuși să facă o schimbare pentru a vedea singure dacă se produce o ameliorare a stării lor sau

o ameliorare a simptomelor supărătoare. Creșterea cantității de fitoestrogeni din alimentație nu pare să reprezinte vreun pericol. Dar este important de reținut că trecerea la o dietă cu mai mulți fitoestrogeni implică, de obicei, consumul unei varietăți sau cantități mai mari de legume, de cereale integrale și de pește și mai puține alimente ultraprocesate – și cum toate acestea sunt schimbări benefice, în general, nu este posibilă stabilirea vreunui efect produs de alimentele bogate în fitoestrogeni.

Hormonii din alimente: laptele

Estrogenii se găsesc în mod natural în lapte și, prin urmare, în toate produsele lactate. Dar în ce cantitate? Contează? Și cum rămâne cu hormonii administrați animalelor pentru a îmbunătăți producția de lapte?

Acestea sunt întrebări importante, deoarece un studiu recent care a urmărit peste 52 000 de femei timp de opt ani a asociat consumul a trei pahare de lapte pe zi cu un risc crescut cu 80% de apariție a cancerului de sân. Chiar și un singur pahar pe zi a fost asociat cu un risc crescut cu 50%. Această statistică sună înspăimântător, dar nu înseamnă că 80% dintre femeile care beau trei pahare de lapte pe zi vor face cancer de sân. De exemplu, dacă o femeie la vârsta de 50 de ani prezintă un risc de aproximativ 1 din 42 sau 2,4% de a face cancer de sân în următorii zece ani, o

creștere cu 80% a riscului înseamnă că acesta ajunge să fie de 4,3%. Este totuși un salt mare și necesită o atenție suplimentară, dar este esențial să avem o perspectivă corectă. Această asociere cu cancerul de sân nu a fost observată în cazul consumului de brânzeturi sau de iaurt în acest studiu.

Este important să subliniem că asocierea dintre lapte și cancerul de sân este controversată, unele date arătând că nu există niciun risc crescut. Acest nou studiu este observațional, deci nu este definitiv, dar prezintă date foarte convingătoare, având în vedere numărul femeilor observate și durata studiului.

Unii au postulat că estrogenul din laptele de vacă ar putea fi vinovatul pentru creșterea riscului de apariție a cancerului mamar. Laptele de vacă are în mod natural o anumită cantitate de estrogen, iar cu metodele moderne de producție a lui, majoritatea vacilor sunt gestante, dar laptele lor conține foarte puțin estrogen – trei pahare de lapte integral pe zi conțin între 0,01 și 0,1% din media de estrogen produsă în timpul ovulației. Având în vedere că estrogenii sunt slab absorbiți din tractul gastrointestinal, pare puțin probabil să ajungă în sânge pentru a avea efect.

Impactul potențial al estrogenilor din laptele de vacă a fost studiat la șoarecii hrăniți cu lapte suplimentat cu niveluri foarte ridicate de estrogeni. Nu a existat niciun efect negativ atunci când șoarecii au fost hrăniți cu lapte cu o cantitate de 100 de ori

mai mare de estrogen decât cel disponibil în comerț; doar laptele cu o cantitate de 1 000 de ori mai mare de estrogen a determinat schimbări, dar nu este posibilă o asemenea cantitate de estrogen în lapte. Cercetătorii au postulat că estradiolul și estrona din laptele de vacă nu au avut efect decât în doze cu adevărat uriașe, deoarece acești hormoni nu sunt bine absorbiți, astfel că, dacă laptele are un efect nociv, este puțin probabil ca acesta să fie din vina estrogenului.

Cele mai multe vaci de lapte au fost selectate pentru a produce mai mult factor de creștere similar insulinei (IGF-1), care mărește producția de lapte și despre care s-a emis ipoteza că ar favoriza dezvoltarea diferitelor tipuri de cancer. Deoarece laptele a fost asociat și cu cancerele care nu sunt dependente de hormoni, IGF-1 pare o cauză mai plauzibilă.

O altă posibilitate este lactoza, proteina din lapte. Aceasta este transformată prin digestie în D-glucoză și D-galactoză – D-galactoza este inflamatoare și poate favoriza stresul oxidativ și îmbătrânirea țesuturilor, crescând atât riscul apariției bolilor cardiovasculare, cât și a cancerului. Ea poate chiar crește, în mod paradoxal, pierderea de masă osoasă asociată îmbătrânirii. Întrucât iaurtul ar trebui să conțină niveluri hormonale similare cu cele ale laptelui, dar nu are aceleași niveluri de D-galactoză datorită fermentației, acest lucru ar putea explica de ce laptele simplu poate

prezenta un risc, dar cel fermentat și brânza, nu. Iaurtul are, de asemenea, avantajul de a fi benefic pentru bacteriile intestinale.

Laptele este un subiect foarte complex din punct de vedere nutrițional (vezi capitolul 11 pentru informații suplimentare despre efectul produselor lactate asupra oaselor). O mulțime de cercetări au fost finanțate, surpriză, de industria lactatelor, așa că diferențierea celor mai bune dovezi de cele părtinitoare este destul de dificilă. Ca toate alimentele, laptele nu este consumat în vid. El constituie o sursă bună de proteine, calciu, fosfor și vitamina D, așa că, pentru o persoană care se luptă să obțină suficient din acești nutrienți în dieta sa, laptele poate fi o opțiune ieftină, ușor de obținut și plăcută la gust. Laptele și produsele lactate au fost un element de bază al alimentației în multe culturi înfloritoare de-a lungul a mii de ani și, prin urmare, este important să nu extrapolăm.

Am fost mult timp o mare consumatoare de lapte. Cum la micul-dejun îmi plac la nebunie cerealele cu conținut ridicat de fibre, am început să le mănânc cu iaurt în loc de lapte și, în prezent, încerc să găsesc – oarecum fără succes – cele mai gustoase opțiuni fără lapte pentru dependența mea de café latte. Încerc să-mi mențin consumul de lapte la o cană pe zi.

Hormonii din alimente: carnea

Deoarece vitele sunt adesea hrănite cu hormoni pentru creștere, apar întrebări legate de carnea de vită și de hormonii de reproducere. Pentru a răspunde acestei preocupări, un grup de cercetători a analizat mai multe alimente cu ajutorul unui test conceput pentru a analiza activitatea estrogenică a unei substanțe asupra țesuturilor, astfel încât să poată compara alimentele care conțin estrogeni cu cele care conțin fitoestrogeni. Alimentele evaluate au inclus carne de vită provenită de la bovine cu implanturi hormonale și de la unele fără, ouă din comerț, orez preambalat în pungă de fiert (orezul a fost testat după ce a fost preparat în pungă și apoi s-au testat orezul și punga separat) și un hamburger din soia.

În mod deloc surprinzător, carnea de vită provenită de la bovine hrănite cu hormoni avea o activitate estrogenică de două ori mai mare decât cea a bovinelor care nu fuseseră hrănite cu hormoni, 5 ng per porția de 250 de grame față de 2,5 ng per porție de 250 de grame. Un ou mediu avea 6,5 ng. Întrucât găinile produc estradiol în ovocite la fel ca oamenii, iar ovocitele sunt încorporate în ou, această concluzie nu este neașteptată.

Interesant este că diferitele probe de orez au avut o amplitudine mare a activității estrogenice, de la 0 la 66 ng pentru o porție de 250 de grame, deși orezul nu conține

fitoestrogeni cunoscuți. După o evaluare suplimentară, cercetătorii au descoperit că orezul cu activitate estrogenică era contaminat cu cantități infime de micotoxină estrogenică numită zearalenonă (discutată anterior). Hamburgerul de soia a prezentat cea mai amplă activitate estrogenică, 300 000 ng/g. Cercetătorii au creat apoi un model pentru a încerca să stabilească cât de mult din acești compuși estrogenici ar fi absorbiți și ar avea impact asupra țesuturilor. Cel mai estrogenic? Hamburgerul de soia.

Nimic din toate acestea nu înseamnă că hamburgerii de soia sau carnea provenită de la bovine hrănite cu hormoni sunt bune sau rele; mai degrabă, ideea că alimentele sunt estrogenice poate fi privită într-o varietate de moduri și este important să se compare nu doar nivelurile, ci și gradul de absorbție și impactul asupra țesuturilor. De asemenea, este important de știut că unele alimente care nu conțin estrogeni naturali sau activitate estrogenică ar putea fi contaminate cu micotoxine estrogenice. Și atunci când apar titluri înfricoșătoare despre alimente, este important să ne distanțăm, să nu ne panicăm și să ne asigurăm că există o perspectivă de ansamblu.

DE REȚINUT

- Cele mai bune alimente pentru sănătatea hormonală sunt pur și simplu cele mai bune alimente pentru sănătate.

- Fitoestrogenii sunt substanțe care se găsesc în plante și care imită sau blochează activitatea estrogenilor.

- Este posibil ca fitoestrogenii să fi evoluat ca mecanism de apărare împotriva erbivorelor, afectându-le fertilitatea.

- Este puțin probabil ca creșterea cantității de fitoestrogeni din alimente să amelioreze simptomele menopauzei sau să reducă riscul apariției cancerului de sân; cu toate acestea, nu este asociată cu efecte nocive și multe diete bogate în fitoestrogeni au alte beneficii pentru sânătate.

- Consumul de lapte este asociat unui risc crescut de apariție a cancerului de sân, dar pare puțin probabil ca estrogenul să fie cauza, deoarece este greu absorbit în tractul gastrointestinal, iar iaurtul și brânzeturile nu sunt asociate cu cancerul de săn.

CAPITOLUL 20

Hormonii bioidentici naturali și preparatele magistrale

Diferențierea între medicină și marketing

Modul în care așa-numiții hormoni bioidentici, derivați din plante și preparați în mod personalizat, au prins rădăcini și au devenit colosul financiar din prezent este o poveste și mai încurcată decât cea din spatele tratamentului hormonal al menopauzei (THM). Ceea ce primesc de fapt femeile prin intermediul unui preparat magistral este același hormon care poate fi prescris într-un produs farmaceutic, dar fără

precizia sau monitorizarea siguranței acestuia.

Termenul „bioidentic“ este folosit de unii pentru a descrie hormonii care se presupune că sunt identici cu cei produși de organism, de obicei estradiol, progesteron, estronă și testosteron. Cuvântul este unul compus parțial din „biologic“ sau „biologie“ și „identic“. Nu este un termen medical, dar a fost folosit atât de des, încât a intrat cu forța în vocabular.

Termenul „bioidentic“ este problematic din mai multe puncte de vedere. În primul rând, este inutil din punct de vedere medical – estradiolul produs de ovare este același cu estradiolul produs în laborator. Termenul „terapeutic“ sau „farmaceutic“ poate fi folosit, dacă este necesar, pentru a sublinia faptul că estradiolul este fabricat într-un laborator. Am încredere că femeile pot sesiza această diferență atunci când este nevoie. Cei care folosesc termenul „bioidentic“ fie nu au încredere în femei, fie nu vor ca ele să cunoască acest adevăr.

Termenul „bioidentic“ evocă și natura și, prin urmare, avem tendința de a atribui un sens pozitiv cuvintelor și expresiilor în care apare. Este important să ne amintim că natural nu înseamnă sigur. Leandrul, de exemplu, este extrem de toxic. Este atât de periculos, încât a fost raportat un caz de otrăvire la melcii care mâncaseră leandru. Estradiolul produs de corpul nostru este natural, dar este responsabil și de formarea cheagurilor de sânge și de apariția

cancerului de sân – chiar și în cantitatea produsă în mod natural de ovare. Acest lucru nu înseamnă că estradiolul nu este sigur în tratamentul hormonal al menopauzei, dar este un exemplu al modului în care „natural“ nu înseamnă nimic din punct de vedere al siguranței. Ceea ce contează este știința și evaluarea riguroasă.

Și apropo de știință: termenul „bioidentic“ nici măcar nu este corect, deoarece hormonii produși în laborator nu sunt identici la nivel biomolecular cu cei produși de ovare. Acesta este, probabil, cel mai complicat concept medical din această carte, dar este important pentru că femeile au nevoie de medicină, nu de marketing. Toate elementele chimice conțin izotopi, care sunt variații cu un număr diferit de neutroni (un neutron este una dintre particulele subatomice din nucleul unui atom). Carbonul, atomul care formează coloana vertebrală a hormonilor steroizi, are doi izotopi naturali, 12C și 13C. Hormonii steroizi obținuți prin semisinteză din steroizi din plante au un raport diferit al raportului 13C/12C în comparație cu hormonii steroizi produși de organism, astfel încât nu sunt identici din punct de vedere biologic. Foarte apropiați poate, dar nu identici. Acest lucru este din cauza faptului că steroizii din plante, cum ar fi diosgenina, substanța care va fi transformată chimic într-un hormon, au un raport 13C/12C fix. Colesterolul, produsul brut pe care corpul uman îl folosește pentru a produce hormoni, cum ar fi estradiolul și

progesteronul, conține o serie de izotopi 13C/12C diferiți, deoarece nu obținem colesterolul dintr-o singură sursă; acesta provine dintr-o varietate de surse animale și vegetale diferite. Astfel, estradiolul obținut dintr-o singură sursă, din igname sau soia, este ca o pungă de bomboane de Halloween de un singur tip, iar estradiolul produs de organism este punga cu toate tipurile de bomboane. În ceea ce privește organismul, nu contează, deoarece suprafața pungii este importantă. Așadar, nu, hormonii produși în laborator nu pot fi identici din punct de vedere biologic cu ceea ce este produs de organism; ei pot fi în esență identici în ceea ce privește corpul tău, dar asta nu constituie un instrument de marketing bun.

Estradiolul și progesteronul obținut din diosgenină sau alți steroizi din plante sunt adesea promovați în mod incorect ca fiind derivați din plante. Acest termen sugerează uscarea și măcinarea frunzelor sau a plantelor cu ajutorul unui mojar și al unui pistil, în timp ce adevărul este că acești hormoni sunt produși printr-un proces de laborator, în mai multe etape, din diosgenină sau din substanțe similare (vezi capitolul 17). La un moment dat, a fost implicată o parte a unei plante, dar, după aceeași logică, și benzina este naturală. Cealaltă problemă legată de acest termen este că oamenii confundă estrogenii de origine vegetală cu fitoestrogenii, care sunt compuși de origine vegetală care acționează ca estrogenii (vezi capitolul 19). Am vorbit cu multe femei care

credeau că hormonii lor derivați din plante și preparați farmaceutic erau un extract de rădăcină de ignamă sălbatică, nu un hormon, și deci nu le preocupa siguranța. Nu este neobișnuit ca femeile să audă că așa-numiții hormoni derivați din plante sunt 100% siguri, lucru care nu diferă cu nimic de ceea ce susținea dr. Wilson în anii 1960.

„Bioidentic“ și „derivat din plante“ implică și o legătură cu stilul de viață, care nu este diferită de marketingul Premarinului ca fiind „glamouros“. Ambarcațiunile de mare viteză și petrecerile cu cocktailuri sunt pur și simplu înlocuite cu o abundență de fructe și legume și o femeie superbă cu părul blond cenușiu, care face yoga pe o plajă la apus sub hashtagul #viațanaturală.

Răstălmăcirea cuvintelor și prezentarea unor jumătăți de adevăr pot modifica drastic informațiile prezentate despre hormoni. Gândește-te la următoarea afirmație despre progesteron, care reprezintă primul rezultat într-o căutare pe Google pe acest subiect:

> Progesteronul natural micronizat este o formă derivată din plante a hormonului progesteron, care corespunde progesteronului uman, spre deosebire de formele sintetice pe care le găsiți în anticoncepționale și în multe forme de terapie de substituție hormonală sintetică utilizate pentru menopauză [cum ar fi Provera].

Acest lucru sugerează faptul că progesteronul este extras din plante și este bun, în timp ce ceilalți hormoni sunt produse sintetice fabricate în laborator și sunt un bilet fără întoarcere către un pericol de nedescris. Iată paragraful rescris cu informațiile și terminologia corecte:

> Progesteronul terapeutic este o formă semisintetică a hormonului progesteron, ceea ce înseamnă că este produs în laborator din diosgenină, un compus care se găsește în unele plante. Progesteronul terapeutic are aceeași structură chimică precum cea a progesteronului uman. Alți hormoni semisintetici cu structuri chimice diferite, dar înrudite cu progesteronul, pot fi găsiți în anticoncepționale și în multe forme de tratament hormonal al menopauzei [unul dintre aceștia este Provera, care este acetat de medroxiprogesteron și care, la fel ca progesteronul terapeutic, este produs în laborator din diosgenină].

Sună un pic diferit, nu-i așa? Precizia contează, pentru că este vorba de medicină, nu de alchimie.

Preparatele magistrale

Hormonii preparați farmaceutic sunt produși de o farmacie, și nu de o companie farmaceutică. Produsul final poate fi sub forma unei pastile, a unei creme sau a unei pelete implantate. Farmaciile care produc preparate magistrale acoperă unele lacune importante; de exemplu, când un pacient suferă de o alergie la un ingredient al unui produs medicamentos, când nu există nicio opțiune medicamentoasă comercială sau când produsul comercial este exorbitant de scump.

Unele farmacii care fac preparate magistrale au devenit o adevărată industrie a hormonilor preparați farmaceutic în mod personalizat. Între 1 și 2,5 milioane de femei din Statele Unite folosesc aceste produse, folosind între 26 și 32 de milioane de rețete pe an, în comparație cu 36 de milioane de rețete pentru hormonii produși de Big Pharma, marile companii farmaceutice. O estimare arată că 40% dintre hormonii prescriși în Statele Unite pentru THM reprezintă preparate magistrale. Hormonii preparați farmaceutic reprezintă o industrie de 1 miliard de dolari pe an, scutită de problemele de reglementare sau de studiile costisitoare. Având în vedere aceste cifre, nu pare deloc corect să le denumim „Little Pharma“, mici producători farmaceutici, când de fapt sunt „Big Natural“, marile companii de produse „naturale“.

În cazul unui hormon produs de o companie farmaceutică știu exact ce cantitate din el conține fiecare doză, cât de mult din acea doză se absoarbe și cât de repede, precum și modul în care se comportă acel hormon în organism. Știu și cum afectează hormonul mucoasa uterină. Nimic din toate acestea nu este posibil în cazul preparatelor magistrale. Această lipsă de informații este deosebit de îngrijorătoare, deoarece rețetele personalizate (de exemplu, utilizarea unei creme personalizate sau a unor substanțe inactive diferite într-o pastilă), prezentate ca un beneficiu al preparării produselor magistrale, pot avea ca rezultat doze inexacte (ceea ce înseamnă că produsul conține mai mult sau mai puțin decât se afirmă) sau niveluri mai mari sau mai mici în sânge din cauza neconcordanțelor privind modul în care medicamentul este absorbit. Un studiu care a analizat nivelurile de estrogen din preparatele magistrale a arătat că 30% dintre acestea conțineau mai mult decât se specifica pe etichetă – uneori cu până la 200% mai mult estrogen –, ceea ce reprezintă un motiv de îngrijorare.

Medicamentele eliberate pe bază de rețetă aprobate de FDA sunt urmărite timp de mai mulți ani după aprobare pentru a identifica problemele care ar fi putut fi omise în datele culese pe termen relativ scurt care au fost utilizate în procesul de aprobare. Acest lucru se numește supraveghere postcomercializare și este o componentă

esențială a siguranței produselor farmaceutice. Acest lucru nu se întâmplă în mod oficial în cazul majorității hormonilor preparați în farmacii. Lipsa de raportare a reacțiilor adverse conduce la percepția eronată că aceste medicamente sunt mai sigure, la fel cum faptul că nu mă uit sub frigiderul meu îmi poate da falsa siguranță că este complet curat dedesubt. Doar că, în cazul hormonilor, ceea ce nu știi îți poate face rău. Preparatele magistrale nu poartă întotdeauna aceleași etichete de avertizare impuse de FDA, întreținând, de asemenea, iluzia siguranței. În ciuda lipsei de control, până la 67% dintre femei cred că hormonii preparați farmaceutic sunt mai siguri decât produsele farmaceutice.

Recent, FDA a descoperit 4 202 de cazuri de reacții adverse asociate preparatelor magistrale pe bază de estradiol și testosteron comercializate de BioTE Medical (BioTE), care nu au fost niciodată raportate la FDA. Aceste reacții adverse au inclus cancere, accidente vasculare cerebrale, atacuri de cord, tromboză venoasă profundă (cheaguri de sânge) și o multitudine de alte probleme îngrijorătoare. BioTE se aproviziona cu pelete de hormoni de la Carie Boyd's Prescription Shop și AnazaoHealth Corporation.

Acceptarea pe scară largă a THM cu preparate magistrale arată adevărata măiestrie de marketing a marilor companii de produse naturiste, deoarece hormonii neprelucrați utilizați în preparatele

magistrale sunt aceiași cu cei utilizați de marile companii farmaceutice. Farmaciile care produc preparate magistrale nu-l cunosc pe agricultorul de igname. Dacă produsul conține estradiol sau progesteron sau oricare alt hormon (cu excepția estrogenilor ecvini conjugați), înseamnă că hormonul a fost sintetizat într-un laborator și, indiferent dacă provine de la o companie farmaceutică sau de la o farmacie care face preparate magistrale, estradiolul a fost obținut în același mod.

Multor femei li se spune că hormonii preparați farmaceutic pot fi adaptați pentru a obține un așa-numit produs personalizat, prin adăugarea altor hormoni, cum ar fi estriol, estronă, DHEA și testosteron. Singura indicație pentru testosteron este scăderea libidoului (pentru mai multe informații despre testosteron, vezi capitolul 15). Nu există date privind siguranța pregnenolonei în tratamentul hormonal al menopauzei.

Dehidroepiandrosteronul (DHEA) este un hormon produs de glanda suprarenală. Acesta poate fi transformat în DHEA-S (o formă de sulfat) și, împreună, DHEA și DHEA-S sunt cei mai frecvenți hormoni steroizi din organism. DHEA este unul dintre hormonii precursori convertiți în organism în estradiol, progesteron și testosteron (vezi Anexa A de la pagina 454). Nivelul de DHEA scade odată cu vârsta. Întrucât unele studii au asociat nivelurile mai ridicate de DHEA cu o îmbătrânire lină, ideea că suplimentarea ar

putea avea un beneficiu pentru sănătate este o ipoteză validă. Cu toate acestea, studiile arată că DHEA nu este asociat unei îmbunătățiri a funcției sexuale, a stării de spirit sau a densității osoase. Nivelurile mai ridicate de DHEA în timpul tranziției spre menopauză și după această etapă sunt asociate unei risc crescut de a face depresie. Din aceste motive, DHEA nu este recomandată în tratamentul hormonal al menopauzei. Există un produs DHEA-S vaginal aprobat de FDA pentru femeile cu sindrom genito-urinar al menopauzei (vezi capitolul 14).

Estrona și estriolul sunt adesea combinate cu estradiol în preparatele magistrale cunoscute sub numele „biest" (uneori 80% estriol și 20% estradiol, dar alteori 50% estriol și 50% estradiol) și „triest" (80% estriol, 10% estronă și 10% estradiol). Aceste produse pot fi preparate sub formă de capsule, pastile, creme și geluri. Estrona și estriolul sunt estrogeni relativ slabi, astfel încât trebuie administrată o cantitate mai mare pentru a obține același efect ca în cazul estradiolului.

Estriolul este produs în principal de placentă, așa că întotdeauna mi s-a părut ciudat să clasifici acest lucru drept natural sau specializat pentru femeile aflate la menopauză. Afirmațiile conform cărora estrona și estriolul sunt mai sigure sau mai blânde (orice ar însemna asta) sunt nefondate.

În 2013, un grup de cercetători a comparat nivelul de hormoni din sângele unui grup de femei care luau biest cu cel al unora care foloseau un plasture de estradiol aprobat de FDA. A fost prima dată când s-au publicat astfel de date (ceea ce este șocant, având în vedere de cât timp sunt disponibile aceste produse). O doză de 2,5 miligrame de biest în Vanicream (una dintre cele mai utilizate creme), care conține 2 miligrame de estriol și 0,5 miligrame de estradiol, a fost testată și comparată cu un plasture de 0,05 miligrame de estradiol, doze presupuse a fi echivalente. Biestul a produs niveluri de estradiol în sânge mult mai scăzute decât plasturele, iar nivelurile de estradiol au fost oscilante, față de cele din cazul plasturelui, care erau constante. O doză de 3 miligrame de biest a produs niveluri mai mari decât doza de 2,5 miligrame, dar tot mai mici decât cele ale plasturelui cu 0,05 miligrame de estradiol.

Având în vedere nivelurile mult mai scăzute de hormoni în sânge în cazul dozei de 2,5 miligrame de biest, există îngrijorarea că ameliorarea simptomelor la administrarea acestui produs ar putea fi un efect placebo și, mai important, că nu protejează împotriva osteoporozei. Interesant este faptul că nu a existat o creștere semnificativă a nivelurilor de estriol în sânge odată cu folosirea cremei cu biest. Deoarece nu se cunoaște precizia testării nivelurilor foarte scăzute de estriol, este greu să tragem concluzii, dar este posibil ca

estriolul din această formulă să nu fie nici măcar absorbit prin piele, să fie rapid metabolizat sau să fie transformat în alți hormoni.

Dar cum rămâne cu femeile care spun că se simt mai bine când folosesc hormoni preparați farmaceutic? Poate dura o perioadă pentru a te obișnui cu hormonii, atât cu beneficiile lor, cât și cu efectele secundare, iar în momentul în care cineva caută o cale diferită de îngrijire cu alternative preparate farmaceutic, este posibil ca intervalul de adaptare să fie aproape de sfârșit. Există, de asemenea, beneficiul unui placebo scump, despre care studiile ne spun că este mai eficient decât un placebo mai ieftin. Mulți furnizori de hormoni preparați farmaceutic nu acceptă acoperirea costurilor pe baza asigurării medicale, așa că, pe lângă cheltuiala cu hormonii, este necesară și o vizită mai scumpă la cabinet. Operarea în afara sistemului de asigurări îi permite de obicei unui medic să petreacă mai mult timp cu pacientele sale – o mare problemă a sistemului american de sănătate – și, ca urmare a timpului mai lung pentru ascultarea și discutarea opțiunilor, este aproape sigur că ajungi să te simți mai bine, ceea ce poate influența rezultatul.

Aproape că pot auzi insultele: dr. Gunter este doar o unealtă a marilor companii farmaceutice (eu nu am mai luat niciun ban de la o companie farmaceutică din 2004). Nu m-ar surprinde dacă o versiune a acestei

afirmații ar apărea într-o recenzie online. Adevărul despre siguranța și datele științifice ale așa-numitelor produse bioidentice, ale derivatelor din plante și ale preparatelor magistrale va afecta o importantă sursă de venit pentru mulți.

Există o bază de date care urmărește dacă medicii au luat bani de la marile companii farmaceutice, Dollars for Doctors. Din nefericire, nu există nicio dezvăluire cu privire la sumele de bani pe care doctorii le-ar putea primi pentru promovarea preparatelor magistrale sau pentru că sunt asociați cu laboratoare și recomandă niveluri hormonale neindicate.

O problemă majoră legată de marile companii farmaceutice este faptul că studiile acestora arată aproape întotdeauna un rezultat pozitiv. Să luăm, de exemplu, medicamentele pentru ulcerul gastric. Potrivit studiilor efectuate de dr. Ben Goldacre, medic și cercetător din Marea Britanie, 85% dintre studiile finanțate de o companie farmaceutică arată că aceste medicamente sunt benefice, dar când același medicament este evaluat prin cercetări finanțate de guvern, doar 50% dintre studii au rezultate pozitive. Wall Street recompensează doar produsele de succes, astfel încât datele privind medicamentele care au dat greș sunt rareori publicate, pentru că afectează în mod negativ prețul acțiunilor. Acest lucru este cu adevărat regretabil, deoarece să afli că un

medicament nu este eficient este de fapt extrem de important.

Răspunsul la litania de probleme cu marile companii farmaceutice nu este să trimitem femeile la o industrie nereglementată, cu cercetări puține sau inexistente; răspunsul este să cerem mai mult din partea industriei farmaceutice. Hormonii preparați în farmacii nu ajută femeile să evite lacunele din medicină, ci le exploatează. Dacă aceste produse sunt atât de uimitoare, industria preparatelor magistrale ar trebui să transforme o parte din cei 1 miliard de dolari pe an pe care îi câștigă în studii de calitate pentru a-și dovedi afirmațiile.

Aceasta este partea minunată a științei – dacă dovedești că un produs este superior, îl voi accepta și îmi voi schimba părerea.

Hormonii preparați în farmacii și analizele de sânge

Așa-numita personalizare hormonală cu hormoni preparați în farmacii are o altă latură întunecată – analizele de sânge pentru individualizarea tratamentului. Sună atrăgător, dar nu se bazează pe ceea ce știm despre hormoni și menopauză. Nu se recomandă anumite niveluri hormonale, deoarece scopul nu este un anume nivel de hormoni. Hormonii sunt administrați în funcție de vârstă, simptome și riscul de a face osteoporoză. De asemenea, este

important de reținut că nivelurile hormonale oscilează puternic în timpul tranziției spre menopauză (de exemplu, nivelurile de dimineață pot fi diferite de cele de seară), astfel încât acesta este un barometru foarte puțin fiabil. Unii furnizori recomandă testarea hormonilor din salivă – văd acest lucru foarte des la medicii homeopați. Această „testare" este inutilă.

În studiile în care se efectuează o monitorizare mai sofisticată pe parcursul mai multor zile, nivelurile hormonale nu se corelează bine cu simptomele. După menopauză, estrogenii care circulă în sânge nu reflectă nevoile organismului; ei sunt estrogeni efluenți sau scurgeri din țesuturi. În plus, este posibil ca nivelurile hormonilor din sânge să nu reflecte ceea ce se întâmplă în țesuturi, deoarece țesuturile pot transforma estradiolul în estronă sau estrona în estradiol, în funcție de necesități (vezi capitolul 3).

Testele hormonale implică și cheltuieli inutile și oferă iluzia că un medic ascultă și este receptiv și fac ca femeile să revină la cabinet pentru a discuta aceste niveluri și a le corecta. Aceste teste sunt rareori acoperite de către companiile de asigurări și sunt o risipă de bani. În această privință, companiile de asigurări au dreptate.

Cum a luat amploare mitul hormonilor bioidentici/derivați din plante?

Termenii „bioidentic“ și „natural“ pentru tratamentul hormonal al menopauzei există cel puțin din anii 1990. Aceste cuvinte au exploatat practicarea la scară tot mai largă a medicinei alternative, care era deja destul de răspândită la mijlocul anilor 1990. Adepții acestor tratamente nestudiate nu au susținut că femeile sunt ignorate de medici în privința problemelor hormonale. La urma urmei, 41% dintre femeile din America de Nord aflate la menopauză în 1997 urmau THM. Ceea ce susțineau ei era că THM farmaceutic era nenatural – „hormonii de cal sunt naturali pentru cai, nu pentru femei“, era una dintre glumele obișnuite. A existat și o afirmație inexactă, conform căreia hormonii preparați în farmacii ar fi cumva mai buni, deoarece puteau fi „echilibrați“ pentru a satisface nevoile unei femei (gândește-te la biest și triest), dar nicio dovadă nu s-a materializat vreodată.

Odată cu studiul WHI, convingerea că EEC (Premarin) – așa-numiții „hormoni de cal“ – sunt nocivi a fost aparent justificată, deoarece EEC reprezenta estrogenul analizat în cadrul studiului WHI. Deoarece multe femei și mulți medici ezitau în privința estrogenilor farmaceutici și existau puține alternative nehormonale bazate pe dovezi, s-a creat un vid de îngrijire și au apărut marile companii de produse naturiste. Absența

informațiilor privind riscul acestor produse (trebuie să studiezi ceva pentru a identifica riscurile) a fost transformată în siguranță, iar încrederea cu care au fost promovați acești hormoni trebuie să fi fost resimțită ca o alternativă binevenită la mesajele din medicină care se contraziceau. Încrederea legată de hormonii bioidentici a fost confundată cu competența.

Hormonii bioidentici nu au explodat cu adevărat până când celebritățile nu au intrat în acțiune. Suzanne Somers, actriță și susținătoare celebră a echipamentelor de fitness și autoarea unor cărți precum *Eat, Cheat and Melt the Fat Away*, și-a publicat prima carte despre hormoni în 2004, *The Sexy Years: The Hormone Connection*. Există puține diferențe între teoriile prezentate de Somers și cele ale doctorului Wilson din lucrarea sa din 1966, *Feminine Forever*. Menopauza este o boală, iar femeile pot rămâne în formă, feminine și fantastice prin miracolul estrogenului, care, potrivit lui Somers, era – da, ai ghicit, 100% sigur. Singura diferență substanțială între Wilson și Somers era reprezentată de afirmațiile celei din urmă cu privire la hormonii bioidentici.

Apoi, a intrat în scenă Oprah Winfrey, care, în ianuarie 2009, a dedicat două ediții ale emisiunii ei tratamentului hormonal al menopauzei. Într-una dintre ele, a intervievat-o pe Robin McGraw (soția lui dr. Phil) și, două săptămâni mai târziu, în cealaltă, a invitat-o pe Suzanne Somers. Dr. Christiane Northrup, o cunoscută adeptă a

terapiei cu hormoni bioidentici, a fost invitată și ea ca voce medicală a rațiunii. Informațiile prezentate de Somers au fost în mare parte incorecte din punct de vedere medical și, în general, nu au fost contestate. Dozele și regimul folosit de Somers ar fi fost o glumă, dacă nu ar fi fost vorba că ceea ce lua ea recomanda și altor femei. Somers susținea că acesta era regimul recomandat de medicul ei, dr. Prudence Hall.

Potrivit publicației *Newsweek*, care a scris despre cele două ediții ale emisiunii la vremea respectivă, nu s-a menționat niciodată faptul că Suzanne Somers suferise de cancer de sân și că avusese leziuni precanceroase pe uter în timp ce lua hormoni bioidentici. Somers părea să fie femeia războinică pe calea spre o stare de bine.

Nu e de mirare că Somers a făcut leziuni precanceroase pe uter. Ea folosea o cremă locală cu progesteron, care este ineficientă pentru a proteja uterul de estrogen. Acest lucru nu a fost niciodată subliniat, dar specialista din emisiunea lui Winfrey, dr. Northrup, recomanda progesteronul aplicat local în cărțile sale. Despre aceste tratamente, Winfrey a spus că „femeile au dreptul să revendice o calitate mai bună a vieții".

Da, femeile *trebuie* să revendice o calitate mai bună a vieții, dar este absurd și jignitor să sugerezi că un regim THM nestudiat care promovează progesteronul aplicat local nesigur reprezintă o

emancipare. Să nu mai vorbim despre mesajul lui Somers cu privire la feminitate ca monedă de schimb. Deseori mă întreb dacă această calitate mai bună a vieții pe care Oprah și-o dorea revendicată de către femei includea și refuzul vaccinurilor, pentru că, atunci când a participat la emisiune, dr. Northrup își declarase deja opoziția față de vaccinul HPV. Cancerul de col uterin nu pare deloc a fi o cale spre emancipare.

Se pare că Somers și Northrup au fost atât de convingătoare, încât Winfrey a decis să înceapă un tratament cu ceea ce ea a numit un estrogen bioidentic, deși nu s-a discutat dacă a folosit un produs farmaceutic sau un preparat magistral. La vremea respectivă, să ai acordul sau sprijinul lui Winfrey era mai important decât să ai acordul lui Dumnezeu. Oprah a povestit în *O, The Oprah Magazine* că imediat a „simțit cum i se ridică vălul de pe ochi“. Cum ar putea concura medicina modernă, plină de studii stufoase și obligată să prezinte date, cu Oprah Winfrey? Ea a scris ulterior:

> După trei zile, cerul era mai albastru, creierul meu nu mai era încețoșat, iar memoria, mai limpede. Literalmente, cântam și mergeam plină de bucurie.

Este important să subliniem că THM nu pare a fi eficient în tratarea stărilor de confuzie specifice menopauzei, iar ameliorarea spectaculoasă a simptomelor asociate cu menopauza nu se observă de obicei în trei zile.

Fiecare temă misoginǎ recurentă legată de hormoni a fost reformulată cu succes de Somers ca fiind o expresie a feminismului, iar absența dovezilor medicale și administrarea unui regim hormonal nestudiat au fost aparent pledoarii pentru sine.

Conform rapoartelor Google, luna ianuarie a anului 2009 este cea cu numărul cel mai mare de căutări pe internet pentru termenul „hormoni bioidentici“.

În ceea ce privește cercetările convingătoare ale lui Somers, medicul ei personal, dr. Prudence Hall, care a scris și prefața cărții lui Somers din 2013, *I'm Too Young for This!*, s-a aflat în probațiune impusă de Medical Board of California până în august 2022 în legătură cu utilizarea hormonilor. Mai mult, în perioada de probațiune – potrivit instituției – i-a fost interzis să se prezinte ca specialistă în obstetrică și ginecologie sau endocrinologie. Ea a fost acuzată de „neglijență gravă, acte repetate de neglijență și neîntocmirea unor dosare medicale adecvate și exacte în îngrijirea și tratarea a două paciente“.

Iar în ceea ce o privește pe dr. Northrup, în septembrie 2020, a promovat teoriile antivaccin și teoriile conspirației QAnon, precum și propaganda anti-mască COVID-19 în rândul celor peste 100 000 de urmăritori ai săi de pe Instagram și al celor peste 100 000 de urmăritori de pe Twitter.

Nu este surprinzător că întâlnim teorii ale conspirației – ideea că oamenii sau un grup

complotează în mod clandestin pentru a influența rezultatele – legate de hormonii bioidentici sau așa-numiții hormoni naturali. La urma urmei, există teme comune între acest tip de medicină alternativă și teoriile conspirației. Ambele promovează conceptul că oamenii au fost mințiți, fie că este vorba de medicină, de mass-media, de guvern sau de industria farmaceutică. O teorie populară a conspirației este aceea că hormonii bioidentici au fost foarte populari până când Wyeth-Ayerst a dezvoltat produsul Premarin, scoțându-i pe producătorii de hormoni bioidentici din joc. Acest lucru este ridicol. Ceea ce primeau femeile înainte de Premarin erau injecții cu teelină, care erau estrogeni extrași din urina sau placenta femeilor însărcinate sau din ovare de porc. După standardele noastre de astăzi, probabil că teelina era ceva îngrozitor, producând oscilații mari ale nivelurilor hormonale. Iar hormonii din anii 1920 și 1930 nu erau produși de o femeie deșteaptă și autoinstruită, ci de companiile farmaceutice.

La apogeul său, Premarin deținea 41% din piața THM, iar hormonii preparați în farmacii dețin în prezent 40% din cota de piață. Este o tactică ciudată de a transforma această poveste de succes în victimizare din partea marilor companii farmaceutice. Tranziția spre menopauză poate fi o perioadă de anxietate pentru unele femei, iar anxietatea îi determină pe oameni să caute alinare. Pretențiile cu privire la personalizare și încrederea emanată de marile companii

de produse naturiste oferă iluzia controlului și a siguranței. Și ce alinare mai bună poate exista decât balsamul vindecător al naturii? Șirul de studii privind tratamentul hormonal al menopauzei – parte a procesului științific – este un haos prin comparație. Este important să recunoaștem că femeile au fost mințite de medicină – li s-au respins bufeurile, li s-a spus că durerea în timpul sexului este normală și că trebuie doar să bea un pahar de vin pentru a se relaxa, iar oasele lor sfărâmicioase au fost ignorate. Industria farmaceutică publică selectiv datele, iar unii medici sunt influențați de banii proveniți de la marile companii farmaceutice. Aceste adevăruri fac mai credibilă partea din mesaj despre așa-numitele tratamente naturale ca fiind un răspuns la problemele din medicină.

Știu cât de greu va fi pentru multe femei care citesc informații despre așa-numitele tratamente naturale și hormoni preparați în farmacii să le accepte. Este o reacție normală să vrei să respingi aceste informații, pentru că alternativa este să accepți că ai fost indusă în eroare. Reține că nu ai fi avut cum să iei o decizie în cunoștință de cauză cu privire la aceste produse fără informații exacte.

Dacă preparatele magistrale personalizate sau așa-numitele produse derivate din plante ar fi fost cu adevărat superioare, ar fi existat date de calitate care să susțină utilizarea lor și, în consecință, specialiștii ca mine le-ar fi prescris și

societățile noastre profesionale le-ar fi recomandat. Dacă aceste produse sunt atât de sigure și atât de eficiente, de ce această industrie de 1 miliard de dolari nu a publicat niciodată cercetările care să dovedească acest lucru?

DE REȚINUT

- Hormonii preparați farmaceutic reprezintă o piață netestată și nereglementată, în valoare de 1 miliard de dolari pe an.
- Hormonul neprocesat utilizat în THM de la o farmacie care face preparate magistrale provine din aceleași surse ca hormonii utilizați în THM farmaceutic.
- Cremele cu estrogen preparate în farmacii s-ar putea să nu conțină suficient estradiol pentru a trata bufeurile și pentru a preveni osteoporoza.
- Progesteronul cu administrare locală este adesea recomandat ca parte a preparatelor bioidentice, dar progesteronul nu se absoarbe bine la nivel local, astfel încât aceste preparate sunt nesigure.
- Există probleme în privința siguranței peletelor de testosteron și, în concluzie, nu sunt recomandate.

CAPITOLUL 21

Diete la menopauză

Ce înseamnă o menopauză sănătoasă, și nu numai

O dietă sănătoasă este unul dintre elementele de bază ale îmbunătățirii stării de sănătate pe tot parcursul menopauzei, dar, cu toate acestea, mai puțin de 20% dintre femeile din Statele Unite mențin o dietă sănătoasă în timpul tranziției spre menopauză și ulterior. Acest lucru este regretabil, mai ales având în vedere că o dietă sănătoasă are multe beneficii, de la scăderea riscului de apariție a bolilor cardiovasculare (cauza numărul unu de deces la femei), reducerea riscului de a face diabet de tip 2, prevenirea constipației și a hemoroizilor, scăderea riscului de cancer de colon și de boală Alzheimer, pentru a numi doar câteva. Înainte de a începe, să desființăm citatul atribuit lui Hipocrate „Fie ca hrana să-ți fie medicament". Apare pretutindeni – de la revistele medicale la conturile de Instagram care promovează diete și până la o postare de pe pagina de internet goop.com a lui Gwyneth Paltrow, care a fost scrisă ca să mă pună la zid pentru că îi criticasem ignoranța și faptul că publica informații fără să le verifice. Acest citat este fals. Nu apare nicăieri în cele aproximativ 60 de volume din *Corpus hipocraticum* (lucrările atribuite lui Hipocrate și colegilor săi). Ce se spune despre importanța verificării informațiilor?

Grecii antici făceau diferența între mâncare și medicamente. Dieta era o parte importantă a unei sănătăți bune și era recomandată pe baza simptomelor, a sexului și a anotimpului (o abordare nu

tocmai științifică). Dietele grecilor erau legate de cunoștințele pe care le aveau despre corpul uman și despre boli, despre care știm acum că erau în mare parte greșite. De exemplu, anumite alimente despre care se credea că produc deshidratarea erau recomandate femeilor, deoarece erau prea „umede". De asemenea, ideea că grecii antici descoperiseră secrete alimentare care nu au fost și nu vor fi niciodată publicate într-o revistă medicală de renume, ci mai degrabă îți vor fi dezvăluite pe o pagină de internet care vinde suplimente, este suspectă.

Știința alimentară este o provocare suficient de mare, dar dacă mai adăugăm și recursul la înțelepciunea străveche (strămoșii noștri știau mai bine, cum ar fi falsul citat din Hipocrate) și la sofismul naturalist (natura este cea mai bună), diferențierea adevărurilor alimentare de ficțiune devine și mai dificilă. Deși este adevărat că portocalele pot vindeca scorbutul și că o dietă cu carne roșie poate produce un proces reversibil al carenței de fier, aceste boli sunt rezultatul unor deficite alimentare, deci alimentele nu tratează o afecțiune subiacentă.

O dietă sănătoasă este o temelie importantă și ar trebui să fie privită ca o metodă de îngrijire preventivă. În ciuda acestui adevăr medical, discuțiile despre diete sunt adesea lăsate deoparte în favoarea intervențiilor, cum ar fi tratamentul hormonal al menopauzei (THM) sau

suplimentele. Motivele sunt multiple și uneori complexe. Deși este adevărat că mulți medici au parte de prea puțină pregătire sau chiar deloc în domeniul nutriției, mulți alții au pregătirea să poarte aceste conversații, dar nu au timp să o facă în timpul unei vizite la cabinet de 20 de minute (sau mai puțin), în care trebuie să discute despre schimbările cauzate de menopauză și despre tratamentul hormonal, darămite despre dietă, cu excepția cazului în care pot manipula timpul după bunul lor plac. De asemenea, oamenilor le poate fi dificil să aibă acces la adevărații experți în nutriție – dieteticieni autorizați sau nutriționiști cu acreditări corespunzătoare.

Și apoi există fobia față de grăsime, nu doar în societate, ci și în medicină. Majoritatea mesajelor pe care le primesc femeile cu privire la alimentație într-un cabinet medical sunt legate de corpul lor presupus problematic, spre deosebire de beneficiile fundamentale ale unei diete sănătoase. Când femeile nu pot obține răspunsuri din partea medicilor sau sunt respinse ori insultate, nu este de mirare că încep să le caute în altă parte. Și aici intervin șarlatanii nutriționiști – de la medici la dieteticieni autorizați, la nutriționiști și influenceri –, adică niște oameni care fac afirmații trăsnite despre puterile terapeutice ale superalimentelor dintr-un anumit sezon și promisiuni îndrăznețe de resetare hormonală sau vorbesc despre presupusele pericole ale cerealelor asupra creierului. Și,

bineînțeles, programul și suplimentele lor sau ceaiul special pe care îl vând ei pot vindeca totul contra cost.

Problemele științei alimentare

Pe lângă problemele de comunicare și acces la informațiile despre nutriție, știința alimentară în sine reprezintă o problemă. Studiile pot fi părtinitoare din cauza finanțării, în același mod în care marile companii farmaceutice influențează studiile privind medicamentele. Apoi, mai este și volumul mare de date obținute, dintre care multe sunt contradictorii. Aproape în fiecare zi apare o nouă indicație sau contraindicație dietetică. Acum ouăle sunt bune sau sunt rele? Este ușor să pierzi controlul, deoarece consensul pare să se schimbe la fel de des ca tendințele modei.

Dietele sunt și incredibil de dificil de studiat. Se pot studia populații și un model alimentar care pare să fie legat de un anumit rezultat de sănătate – acest lucru este cunoscut sub numele de studiu observațional. De exemplu: după ce se urmărește un grup de femei care trăiesc în estul Asiei, se poate observa că în rândul lor incidența bufeurilor este mai mică și că mănâncă mai multă soia decât femeile din Statele Unite. Datorită soiei oare? Poate, dar tot ceea ce avem este o asociere. Poate pentru că soia este consumată în cantități mai mari pe tot parcursul vieții, nu doar în

timpul tranziției spre menopauză. Sau pentru că dietele abundente în soia sunt de obicei mai bogate în legume și mai sărace în grăsimi saturate. Sau pentru că persoanele care trăiesc în estul Asiei consumă soia de secole și au evoluat pentru a o utiliza mai eficient, fie prin intermediul factorilor genetici, fie prin intermediul bacteriilor intestinale diferite, astfel încât beneficiul nu poate fi transpus altor populații. Sau poate că nu are nicio legătură cu soia în sine, ci cu faptul că consumul de soia este legat de educație sau de un alt factor social determinant al sănătății. Asocierea dintre soia și un risc redus de apariție a bufeurilor ar putea fi un rezultat fals, adică e doar o întâmplare statistică.

Ceea ce mâncăm și modul în care organismul nostru utilizează acest combustibil este foarte complex și rareori poate fi redus la un singur ingredient. Studiile observaționale pot genera informații interesante și pot determina ipoteze, dar datele sunt rareori suficient de clare pentru a trage concluzii certe.

Există studii care implică unele intervenții alimentare, ceea ce înseamnă o cercetare care implică femei, le atribuie aleatoriu o dietă și controlează cât mai multe variabile, astfel încât singurul lucru diferit între cele două grupuri este dieta. Aceste studii pot răspunde la mult mai multe întrebări decât studiile observaționale, dar sunt foarte costisitoare, iar să convingi un număr mare de persoane să urmeze o dietă pe o

perioadă lungă poate fi dificil. Un bun exemplu este componenta dietetică a studiului WHI, același studiu care a analizat THM. Studiul WHI a repartizat la întâmplare peste 48 000 de femei fie în grupul care a urmat un tipar de alimentație impus cu conținut scăzut de grăsimi, fie în grupul care și-a menținut dieta obișnuită. Acesta ar fi trebuit să fie studiul care să stabilească dacă o dietă săracă în grăsimi ar putea preveni apariția cancerului de sân, a cancerului colorectal și a bolilor coronariene la femei, după menopauză. Care a fost problema? Dieta nu s-a respectat întocmai, iar femeile repartizate în grupul care consuma alimente cu un conținut scăzut de grăsimi au avut o scădere de doar 9% a riscului de a face cancer de sân, care se încadra în marja de eroare statistică. Ele au pierdut, de asemenea, câteva kilograme, probabil datorită dietei pe care o urmaseră, ceea ce ar fi putut explica incidența mai mică a cancerului mamar. Acest lucru nu înseamnă că ar trebui să le învinovățim pe femeile care nu au putut să urmeze dieta. Mai degrabă nerespectarea ei indică faptul că modelul studiului a fost necorespunzător, nu că ar fi o problemă cu participantele.

Pentru a controla faptul că este mai greu ca subiecții să urmeze o dietă specifică atunci când au acces la propriile bucătării și restaurante, există studii în care oamenii locuiesc într-un centru de cercetare unde toată mâncarea este pregătită și urmărită atent, iar nivelurile de hormoni din sânge și

alte măsurători sunt efectuate în mod regulat. Aceste studii produc date de înaltă calitate, dar puțini oameni doresc să trăiască mai multe luni în ceea ce seamănă cu un motel, astfel încât aceste studii sunt limitate la câteva săptămâni. Este posibil ca aceste date pe termen scurt să nu fie neapărat valabile pe termen lung. Studiile de genul acesta sunt și costisitoare, așa că, în general, sunt limitate la un număr mic de participanți. Chiar și într-un astfel de mediu extrem de controlat, rezultatele pot fi contradictorii. De exemplu, un astfel de studiu a comparat o dietă ketogenică bogată în grăsimi cu una vegetariană bogată în carbohidrați. Aceste două diete sunt opuse din punct de vedere nutrițional și, cu toate acestea, fiecare dietă a îmbunătățit unele variabile și le-a înrăutățit pe altele.

În principiu, știința nutriției este o provocare și, uneori, studiile ridică mai multe întrebări decât oferă răspunsuri, dar aceasta este și calea sinuoasă a științei. Problema este că cei mai mulți dintre noi – inclusiv medicii – doresc un răspuns bun și simplu despre alimentație. Poate că această dorință explică popularitatea așa-numitelor superalimente. Cine nu-și dorește un aliment care le poate face pe toate? Se presupunea că un măr pe zi ar trebui să țină doctorul la distanță. Asta până când s-a constatat că fructele de açai, turmericul, quinoa, varza kale, fulgii de ovăz, rodiile, uleiul de cocos și sucul de apio sunt și ele superalimente. Cum poate un superaliment să fie înlocuit atât de

repede? Nu ar trebui să fie super pentru totdeauna?

O scurtă introducere în nutriție

Macronutrienții furnizează energie – proteine: 4 calorii per gram; carbohidrați: 4 calorii per gram; grăsimi: 9 calorii per gram. De asemenea, ei furnizează substanțe esențiale. De exemplu, aminoacizii din proteine sunt reciclați în orice, de la enzime la gene, iar colesterolul din grăsimi este transformat în multe lucruri, de la membrane celulare la estrogen.

Micronutrienții sunt vitamine și minerale esențiale pentru funcționarea organismului. Spre deosebire de macronutrienți, ei sunt necesari doar în cantități mici, de unde și denumirea „micro“. Câteva exemple sunt fierul, iodul, acidul folic, zincul și vitaminele A și C.

Carbohidrații sunt lanțuri de molecule de zaharuri și sunt împărțiți în două grupe: simpli și complecși. Carbohidrații simpli au una sau două molecule de zahăr, deci sunt mai mici și mai ușor de digerat. Exemplele includ zaharurile din alimente, cum ar fi zaharoza și glucoza din fructe și legume și galactoza și lactoza din produsele lactate, precum și zaharurile rafinate, cum ar fi zahărul de masă și siropul de porumb cu conținut ridicat de fructoză.

Carbohidrații complecși sunt șiruri de trei sau mai multe molecule de zaharuri și includ

amidon și fibre, dar numai amidonul poate fi digerat. Amidonul se găsește în multe legume (cum ar fi broccoli, morcovi și cartofi), leguminoase (gândește-te la soia, linte, fasole, mazăre și năut), nuci și cereale integrale (de exemplu, fulgi de ovăz, grâu integral, orez brun și quinoa). Când o cereală este rafinată, părțile cu cel mai mare conținut de fibre și substanțe nutritive sunt îndepărtate (tărâțele și germenii). Făina de grâu integral și orezul brun sunt carbohidrați complecși, în timp ce făina albă și orezul alb sunt simpli.

Carbohidrații simpli și amidonul sunt descompuși în glucoză, care este fie folosită imediat pentru a obține energie, fie transformată într-un depozit de zahăr numit glicogen, fie reambalată și depozitată sub formă de grăsime. Carbohidrații simpli sunt mai ușor de digerat, astfel încât glucoza ajunge rapid în fluxul sanguin, în timp ce, în cazul carbohidraților complecși, glucoza este eliberată într-un ritm mai lent. Dietele bogate în carbohidrați simpli sunt asociate cu o incidență mai mare a bolilor cardiovasculare și a diabetului de tip 2.

O dietă bogată în carbohidrați rafinați a fost asociată cu niveluri mai scăzute de globulină de legare a hormonilor sexuali (SHBG) și, prin urmare, cu niveluri crescute de estrogen și testosteron activ sau nelegat. (Amintește-ți de mnemonica Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri din capitolul 3.) Acest lucru poate avea un impact negativ asupra cancerelor cu răspuns hormonal,

cum ar fi cel mamar și cel endometrial (mucoasa uterului).

Ia fibrele în serios!

Îmi place să vorbesc despre fibre cu pacientele mele. Acestea au extrem de multe beneficii pentru sănătate și reprezintă un proces dietetic despre care se poate discuta fără a menționa vreodată greutatea. Înseamnă să adaugi ceva, nu să refuzi eliminarea unui aliment, și poate produce rezultate rapide care pot fi purgative.

Fibrele sunt un carbohidrat nedigerabil. Există două tipuri: solubile – care se pot dizolva în apă – și insolubile – care nu pot fi dizolvate. Ambele sunt benefice și se găsesc de obicei împreună în același aliment. Fibrele funcționale se găsesc în suplimente.

Femeile au nevoie de 25 de grame de fibre pe zi, iar bărbații de 38 de grame – sunt sigură că există o glumă bună cum că bărbații ar fi în cazul ăsta mai plini de rahat. Aportul tipic de fibre în Statele Unite este de 17 grame pe zi și doar 5% din populație consumă cantitatea zilnică recomandată – deci situația se poate îmbunătăți. Fibrele alimentare au foarte multe beneficii pentru sănătate, așa că mărirea aportului este pentru multe femei o modalitate de a-și îmbunătăți sănătatea. Singurul dezavantaj real este că acolo unde există fibre, există și gaze.

De ce sunt fibrele atât de uimitoare? Ele capătă volum, ceea ce crește senzația de sațietate după masă, iar creșterea volumului scaunului stimulează intestinul, reducând constipația. Prevenirea constipației și scaunul mai moale reduc riscul apariției hemoroizilor și nimeni în toată istoria omenirii nu a spus vreodată „Nu, mulțumesc, sunt bine, îmi plac hemoroizii mei“. Fibrele încetinesc digestia carbohidraților, reducând creșterile bruște ale glicemiei după o masă, și absorb în scaun apa din conținutul colonului, făcând scaunul moale, astfel încât acesta este eliminat mai ușor și este mai puțin tare sau iritant la ieșire. Fibrele sunt asociate cu o reducere a colesterolului total și a colesterolului LDL (colesterolul rău), iar femeile aflate la postmenopauză au, de obicei, o scădere mai mare a colesterolului ca răspuns la consumul de fibre decât femeile aflate în perioada de tranziție spre menopauză.

Fibrele pot influența nivelurile de estrogen pe termen lung. Bila este o substanță produsă de ficat și este excretată prin vezica biliară în intestin pentru a ajuta la digestie. Aceasta conține și o parte din estrogen. În intestinul subțire, o mare parte din estrogen este reabsorbită și transportată înapoi spre ficat (un proces numit circulație enterohepatică). Fibrele reduc reabsorbția estrogenului din intestin în cazul femeilor aflate în premenopauză. Acesta este unul dintre mecanismele propuse pentru asocierea fibrelor cu un număr mai mic de

cancere mamare cu răspuns hormonal. După menopauză, fibrele nu mai au acest impact asupra estrogenului, deoarece nivelurile de estradiol din sânge sunt incredibil de scăzute, căci majoritatea estrogenilor sunt produși local în țesuturi, astfel încât în bilă există puțin estrogen sau deloc. Așa că nu te îngrijora, o masă bogată în fibre nu va avea ca rezultat o seară în care, pe lângă gaze, ai și bufeuri. Gazele ar putea fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla!

Fibrele scad pH-ul scaunului, au efect antiinflamator și inhibă înmulțirea bacteriilor potențial dăunătoare, crescând în același timp absorbția unor minerale. Unele fibre solubile sunt, de asemenea, prebiotice, ceea ce înseamnă că favorizează înmulțirea bacteriilor intestinale sănătoase. Două exemple sunt inulina și fructooligozaharidele, care se găsesc în ceapă, praz, usturoi, grâu, ovăz, sparanghel, rădăcina de cicoare și napul porcesc. Napul porcesc poate avea niveluri foarte ridicate de inulină. Nu l-am încercat decât o singură dată. Mănânc foarte multe fibre, așa că am simțit că eu și colonul meu suntem antrenați pentru acel moment. Dar m-am înșelat. Au fost cele mai dureroase gaze pe care le-am avut vreodată.

O dietă bogată în fibre este asociată unor niveluri mai mici de apariție a bolilor cardiovasculare, a diabetului de tip 2 și a cancerului de colon. Fibrele pot ajuta unele persoane să-și mențină greutatea, fie

datorită senzației de sațietate, fie prin alte mecanisme. Dar nu discut despre asta la cabinet decât atunci când mă întreabă pacientele. Fibrele au atât de multe beneficii încât nu există niciun motiv să aducem greutatea în discuție. Chiar și ameliorarea constipației și a hemoroizilor face ca fibrele să merite să fie consumate. Nimic nu se compară cu fericirea unei paciente a cărei constipație s-a rezolvat mulțumită unei schimbări alimentare.

Fibrele se găsesc în cereale integrale, în leguminoase și în anumite fructe și legume, astfel încât majoritatea alimentelor bogate în fibre conțin și micronutrienți importanți. Tărâțele de grâu reprezintă porțiunea exterioară a bobului si sunt deosebit de eficiente pentru creșterea volumului scaunului. Fibrele funcționale din suplimente sau adăugate în alimente sunt eficiente în cazul constipației, dar este puțin probabil să aibă toate beneficiile pentru sănătate ale fibrelor alimentare.

Încurajez orice femeie, indiferent în ce stadiu al menopauzei se află, să-și noteze ce mănâncă într-o perioadă de câteva zile, să calculeze aportul de fibre și să-și schimbe alimentația în mod corespunzător. Aceasta este una dintre cele mai ușoare schimbări alimentare pe care le poți face și nu implică nevoia de a refuza. De exemplu, adăugarea unei porții de cereale cu conținut ridicat de fibre în fiecare zi sau trecerea de la orezul alb la cel brun sunt schimbări simple pe care le poți face cu ușurință.

Personal, ador cerealele cu conținut ridicat de fibre și, după ce am încercat mai multe, am făcut o listă cu câteva pe care le recomand. La urma urmei, nu contează dacă au suficiente fibre, ci dacă au suficiente fibre și sunt suficient de gustoase pentru a putea fi consumate în mod regulat. Îmi plac cerealele pentru că sunt ușor de procurat, la îndemâna oricui, sunt adesea îmbogățite cu micronutrienți, deci pot fi complete din punct de vedere nutrițional, iar consumul unui cantități de 25 de grame de fibre pe zi este dificil chiar și pentru cei care mănâncă multe legume și leguminoase. Cerealele mele preferate cu conținut ridicat de fibre sunt Kashi Go Rise (13 grame de fibre și 12 grame de proteine per porție, o modalitate bună de a fi plină de energie toată dimineața), Kellogg's All Bran (tot 13 grame de fibre per porție și poți prepara o minunată granola de casă cu ¼ de cană de fulgi de ovăz uscați și câteva nuci) și Post Foods Uncle Sam (10 grame de fibre per porție, dar, spre deosebire de celelalte, acestea nu au zahăr adăugat și conțin doar boabe de grâu și semințe de in).

Procesarea alimentelor

Alimentele naturale sunt neschimbate față de forma lor naturală – gândește-te la banane, năut, pui sau miere. Orice intervenție care schimbă natura fundamentală a alimentelor, de la congelare

la pasteurizare și până la adaosul de zahăr, înseamnă procesare. Făina este procesată, la fel ca și brânza, tofu și fasolea roșie la conservă. Chiar și așa-zișii morcovi „baby“ sunt procesați (sunt doar morcovi mai mari care au fost reduși la o dimensiune suficientă cât să-i mănânci dintr-o singură înghițitură, am fost extrem de dezamăgită să aflu acest lucru). Alimentele procesate fac adesea parte dintr-o dietă nutritivă, iar multe aspecte ale procesării îmbunătățesc siguranța alimentelor și/sau prelungesc durata de valabilitate.

Alimentele ultraprocesate sunt problematice pentru sănătate. Deși definiția s-a schimbat ușor de-a lungul anilor, aceste alimente sunt considerate în mod obisnuit formule industriale, ceea ce înseamnă că au și alte ingrediente în afară de sare, zahăr și grăsimi care nu sunt folosite de obicei în bucătăria casnică. Unele definiții au inclus, de asemenea, alimentele cu cinci sau mai multe ingrediente (cerealele mele Uncle Sam conțin doar patru ingrediente, ca să spunem așa). Alimentele ultraprocesate reprezintă 58% din energia din dietă consumată în Statele Unite și 90% din zahărul adăugat.

În cazul dietelor, există întotdeauna excepții, ceea ce nu face decât să complice lucrurile. Majoritatea cerealelor ambalate pentru micul-dejun sunt alimente ultraprocesate, dar există unele care oferă o cantitate mare de cereale integrale și fibre, precum și micronutrienți adăugați, cu doar o cantitate mică de zahăr adăugat. Unele

chipsuri de cartofi cumpărate din magazin constau pur și simplu în cartofi, sare și ulei, dar majoritatea oamenilor le-ar considera ultraprocesate, deoarece nu mulți dispun de echipamentul necesar pentru a produce aceste tipuri de chipsuri acasă.

Alimentele ultraprocesate, cu excepția unor cereale pentru micul-dejun, sunt de obicei incomplete din punct de vedere nutrițional – ele oferă combustibil, dar sunt lipsite de micronutrienți. De asemenea, ele ne determină să consumăm mai multe calorii. Într-un studiu în care subiecților li s-au pregătit toate mesele într-o unitate de cercetare și li s-a cerut să mănânce până când se vor simți sătui, cei care au urmat o dietă cu alimente ultraprocesate au mâncat cu 500 de calorii în plus pe zi. Probabil că există o varietate de motive – aceste alimente sunt mai ușor de mestecat, lipsa fibrelor înseamnă o mai mică senzație de sațietate, modificări mai mari ale nivelurilor de glucoză și insulină, iar zahărul, grăsimile și sarea adăugate sunt pur și simplu gustoase.

Alimentele ultraprocesate sunt asociate cu obezitatea abdominală, sindromul metabolic, diabetul de tip 2, hipertensiunea (tensiune arterială ridicată) și bolile cardiovasculare. Întrucât aceste afecțiuni sunt mai frecvente în timpul tranziției spre menopauză și la postmenopauză, după creșterea aportului de fibre, eliminarea alimentelor ultraprocesate este probabil

următoarea recomandare dietetică cea mai importantă.

Eliminarea alimentelor ultraprocesate în Statele Unite poate fi un privilegiu. Din cauza factorilor sociali determinanți ai sănătății și a rasismului structural, mulți trăiesc în cartiere în care accesul la alimente proaspete este limitat. În plus, din cauza programului lung de lucru – adesea la mai multe locuri de muncă – pentru un trai mai bun, rămâne puțin timp pentru cumpărături și pregătirea meselor. Alimentele mai sănătoase sunt adesea mai scumpe decât echivalentele lor ultraprocesate.

Câteva cuvinte despre grăsimi

Grăsimile sunt fie saturate, fie nesaturate, în funcție de modul în care atomii de carbon se leagă de cei de hidrogen. Nu este necesar să înveți această definiție chimică; ideea de bază este că grăsimile saturate provin din produse de origine animală (gândește-te la carne, lactate și păsări de curte) și sunt de obicei solide la temperatura camerei. Grăsimile nesaturate provin din pește, legume, nuci și cereale. Există câteva excepții (întotdeauna există excepții în domeniul nutriției); de exemplu, uleiul de nucă de cocos este bogat în grăsimi saturate. Grăsimile nesaturate pot fi clasificate în continuare ca fiind mononesaturate și polinesaturate – acestea din urmă sunt adesea numite PUFA, dar

poate le cunoști după denumirea lor comună, acizi grași Omega-3 și Omega-6.

Grăsimile alimentare sunt importante pentru calorii, îmbunătățind absorbția vitaminelor liposolubile, și sunt totodată sunt elemente esențiale importante pentru organism.

Excesul de grăsime este depozitat în celulele adipoase și poate fi transformat ulterior în glucoză, dacă este necesar; acest proces se numește ketogeneză. După o masă, grăsimile alimentare sunt descompuse în colesterol și trigliceride (vezi capitolul 8). Dietele sărace în grăsimi nu s-au dovedit a avea beneficii pentru sănătate, dar nu toate grăsimile sunt create la fel. Cea mai mare parte a dovezilor sugerează că o dietă bogată în grăsimi saturate este asociată unui risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare și unor niveluri crescute de LDL (colesterolul rău). Grăsimile nesaturate – care se găsesc mai ales în uleiurile vegetale, nuci și pește – au efectul opus. Grăsimile trans, care sunt grăsimi modificate în cadrul unui proces industrial, sunt în general rele și, în urma schimbărilor reglementărilor, ele nu ar trebui să se mai regăsească în alimentele comercializate în Statele Unite.

Acizii grași Omega-3 merită o atenție specială. Aceștia sunt acidul alfa-linolenic (ALA), acidul eicosapentaenoic (EPA) și acidul docosahexaenoic (DHA). ALA se găsește în semințele de in (pentru a obține ALA din semințele de in, acestea trebuie

măcinate), nuci, boabe de soia, uleiuri de rapiță și ouă îmbogățite cu Omega-3, dar DHA și EPA se găsesc doar în pește și alte fructe de mare. Organismul nu poate produce ALA, așa că acesta provine din alimentație. Putem transforma o parte din ALA în cantități mici de EPA și DHA, deși, de obicei, nu este suficient, așa că și ele trebuie să provină din alimentație. Acesta este probabil unul dintre motivele pentru care dietele bogate în pește gras sunt asociate cu atât de multe rezultate pozitive, deoarece nu există alte surse alimentare de EPA și DHA. Acizii grași Omega-3 scad trigliceridele, ameliorează ateroscleroza și pot scădea tensiunea arterială. Suplimentarea cu acizi grași Omega-3 este adesea indicată femeilor aflate la postmenopauză (pentru informații suplimentare, vezi capitolul 22).

Principalul acid gras Omega-6 este acidul linoleic, care se găsește în uleiurile vegetale, cum ar fi cele de porumb, de șofrănel și din semințe de in. Acizii grași Omega-6 scad și riscul de a face diabet și sunt, de asemenea, sănătoși pentru inimă, astfel încât eforturile de a crește cantitatea de acizi grași Omega-3 nu ar trebui să se facă în detrimentul scăderii cantității de acizi grași Omega-6.

Cofeina

Totul este în regulă. *Toate bune.*

Bine, aproape toate bune.

Poate că nu îmi împărtășești dependența de cofeină, dar, ca un om de știință sârguincios, îmi declar de la bun început partizanatul. Știu că nu sunt singura; 85% dintre adulții din Statele Unite consumă cofeină zilnic, iar cafeaua și ceaiul sunt două dintre cele mai populare băuturi din întreaga lume. Cofeina poate fi găsită și în boabele de cacao (ciocolată), în băuturile pentru sportivi și în alte plante și fructe de pădure.

În general, datele sunt liniștitoare – maximum cinci cești de cafea pe zi nu sunt dăunătoare și par să fie asociate cu o reducere a tuturor cauzelor mortalității, cu o incidență redusă a bolilor de ficat, ale vezicii biliare și a bolii Parkinson. De asemenea, cofeina poate reduce riscul de a face depresie, poate ameliora durerile de cap și poate crește atenția. Cu toate acestea, unora le poate afecta somnul sau le poate induce stări de anxietate. Intoxicația cu cofeină ar necesita între 75 și 100 de căni consumate într-o perioadă scurtă, deci este puțin probabilă în cazul alimentelor și al băuturilor; însă suplimentele de cofeină sunt o altă chestiune și ar trebui evitate.

Există o singură avertizare legată de cafea – o substanță chimică din cafea numită cafestol poate crește colesterolul. Nivelurile de cafestol sunt cele mai ridicate în cafeaua nefiltrată, cum ar fi cea obținută la presa franceză, mai scăzute în espresso, iar cele mai scăzute niveluri sunt în cafeaua la filtru și cea instant. Mai mult de șase cești de cafea nefiltrată sau espresso pe zi sunt

asociate unor niveluri mai ridicate de colesterol LDL, astfel încât femeile cu un LDL ridicat care beau multă cafea nefiltrată sau espresso ar putea trece la cafeaua preparată la filtru. Ca referință, eu beau patru până la cinci cești de espresso pe zi.

Alcoolul

Căutam pe internet un studiu recent pe care nu mai știam unde îl citisem, așa că am tastat pe Google „studiu nou privind alcoolul“. Al doilea și al treilea rezultat – de pe același site de știri despre sănătate – au fost următoarele:

„Consumul redus de alcool poate proteja funcția creierului“ și „Chiar și consumul de alcool cu risc scăzut poate fi nociv“.

Pe bune?

Alcoolul poate afecta multe sisteme organice, având impact asupra calității somnului, a bufeurilor, a libidoului, a creierului și a oaselor – acest lucru va fi abordat în capitolele relevante. Din punct de vedere al sănătății generale, alcoolul și metaboliții săi toxici pot afecta ficatul, inima, oasele și stomacul. De asemenea, alcoolul joacă un rol important în producerea accidentelor de mașină, a altor accidente și în omucideri. Consumul de alcool este asociat cu mai multe tipuri de cancer, cum ar fi de sân, esofagian și hepatic.

Pot exista mai multe moduri în care alcoolul crește riscul apariției cancerului

mamar. Unii metaboliți pot fi cancerigeni; alcoolul este asociat cu obezitatea, un factor de risc pentru cancerul de sân; alcoolul afectează capacitatea ficatului de a metaboliza estrogenul, crescând astfel nivelurile de estrogen din sânge, și tot alcoolul afectează capacitatea ficatului de a produce proteina purtătoare SHBG (globulina de legare a hormonilor sexuali, amintește-ți de mnemonica „Sunt Hoți pe Bulevarde și prin Ganguri“ – vezi capitolul 3), astfel încât mai mult estrogen și testosteron sunt nelegate și libere să aibă impact asupra țesuturilor.

În schimb, există date care corelează consumul redus de alcool, în special de vin roșu, cu un risc scăzut de producere a atacului de cord. Acest lucru este, desigur, frustrant, dar faptul că alcoolul are atât riscuri, cât și beneficii este un bun exemplu al modului în care un singur aliment nu constituie o dietă. O cantitate mică de alcool, atunci când face parte dintr-un anumit tip de dietă, poate foarte bine să ofere beneficii, iar în alte contexte sau cantități, nu.

Pentru o femeie sănătoasă, care nu suferă de alcoolism sau de boli hepatice și care nu are de gând să bea și să conducă, o cantitate mai mică de 17 grame de alcool pe zi poate oferi unele beneficii pentru sănătate, ceea ce înseamnă că, per ansamblu, există un beneficiu net. În Statele Unite, asta înseamnă 350 de mililitri de bere obișnuită (5% alcool), 150 de mililitri de vin

(12% alcool) sau 50 de mililitri de alcool distilat (40% alcool) reprezintă 14 grame, ceea ce echivalează cu 1,75 unități. Aceste șapte până la nouă pahare de alcool pe săptămână ar trebui împărțite pe parcursul a cel puțin trei zile, nu consumate într-o singură seară.

Planurile alimentare și menopauza

Ținând cont de aceste sfaturi nutriționale de bază, care sunt cele mai bune planuri alimentare pentru perioada menopauzei?

Cea mai sănătoasă dietă pentru menopauză este, de obicei, cea care este sănătoasă pentru inimă, deoarece bolile de inimă sunt cauza numărul unu de deces în rândul femeilor. În mod ideal, această dietă ar trebui să acorde o atenție specială și prevenirii osteoporozei, a bolii Alzheimer și a cancerelor de sân și endometrial.

Este ușor să culegi doar anumite date din studii și să ți se spună o poveste convingătoare despre presupusa superioritate a unei diete față de alta, dar multe diete au atât plusuri, cât și minusuri, iar în realitatea științei alimentare există o mulțime de „poate“ și „depinde“. Există, de asemenea, contextul. De exemplu, cel mai bine este să limitezi grăsimile saturate la mai puțin de 10% din caloriile zilnice și până la 5 sau 6% pentru o dietă sănătoasă pentru inimă.

Totuși, dacă pierzi în greutate 25 de kilograme și te menții urmând o dietă săracă

în carbohidrați, dar bogată în grăsimi animale (care sunt grăsimi saturate), atunci această dietă este probabil sănătoasă pentru tine atâta timp cât trigliceridele și LDL sunt în limite normale. Orice efect negativ asupra trigliceridelor și LDL este compensat de beneficiile pentru sănătate ale pierderii în greutate. Această perspectivă este importantă.

Este important și să ne amintim că suntem omnivori creativi. Înainte ca migrația și imigrația în masă să fie posibile, oamenii au prosperat datorită unor surse de hrană extrem de diverse, astfel încât se pare că avem o foarte mare adaptabilitate. Acest lucru înseamnă că există multe moduri de a mânca sănătos.

Există trei planuri de dietă care par a fi benefice pentru sănătatea inimii și a creierului, precum și pentru scăderea riscului de a face diabet, care reprezintă trei dintre cele mai mari probleme de sănătate pentru femei pe măsură ce îmbătrânesc. Dieta DASH (pentru împiedicarea hipertensiunii arteriale), dieta mediteraneeană (bazată pe dietele tradiționale din Grecia, sudul Italiei și alte regiuni din zona Mediteranei) și dieta MIND (pentru încetinirea afecțiunilor neurodegenerative), care îmbină DASH cu cea mediteraneeană, punând accentul pe alimentele care s-au dovedit a fi neuroprotectoare sau sănătoase pentru creier. Toate cele trei diete se concentrează asupra consumului de carne slabă, pește, cereale integrale, fructe și legume și ulei de

măsline, limitează consumul de sare, dulciuri și elimină alimentele ultraprocesate și băuturile îndulcite cu zahăr. Femeile interesate să afle mai multe despre aceste diete pot găsi informații de calitate pe paginile de internet ale American Heart Association (accesează heart.org) și ale National Institute on Aging (accesează nia.nih.gov/health). Vezi anexa B pentru un rezumat al acestor planuri alimentare.

Dietele pe bază de plante (vegetariene și vegane) pot fi foarte sănătoase pentru inimă și sunt opțiuni bune, dar vor necesita suplimentarea cu acizi grași Omega-3 și vitamina B12 și, eventual, cu alți micronutrienți, cum ar fi fierul.

Nutriția de precizie

Conceptul de nutriție de precizie presupune elaborarea unor recomandări dietetice specifice pe baza unor factori individuali, de exemplu, caracteristicile genetice sau microbiomul (bacteriile din tractul intestinal). În teorie, acest lucru este interesant. Cu toate acestea, având în vedere calitatea generală inferioară a dietei americane – 38% dintre femeile cu vârste cuprinse între 40 și 59 de ani și 23% dintre femeile cu vârsta de 60 de ani și mai mult consumă fast-food în fiecare zi –, în loc să se efectueze teste genetice și de microbiom, ceva care probabil va fi accesibil și practic doar celor cu un anumit status

socioeconomic, nu ar fi mai bine să cercetăm modalitățile de a pune în aplicare ceea ce știm că funcționează la scară mai largă? Adică mai puțină mâncare de tip fast-food, mai multe legume, mai multe fibre, eliminarea băuturilor îndulcite cu zahăr și a sucurilor de fructe. În loc de o nutriție de precizie pentru un număr mic de persoane care și-o permit, avem nevoie de o nutriție bună pentru toți.

DE REȚINUT

- La baza unei alimentații sănătoase stau cerealele integrale și o varietate de legume și fructe.
- Femeile ar trebui să consume 25 de grame de fibre alimentare pe zi.
- Alimentele ultraprocesate sunt asociate multor efecte negative asupra sănătății, așa că reducerea consumului sau eliminarea lor poate fi foarte benefică.
- Peștele și fructele de mare sunt singura sursă de acizi grași Omega-3 esențiali.
- Dietele DASH, mediteraneeană și MIND sunt trei planuri excelente pentru sănătatea nutrițională generală la menopauză.

CAPITOLUL 22

„Menoceuticele“

Suplimentele și menopauza

Aproape 60% dintre femeile adulte din Statele Unite iau cel puțin un supliment. Aceste produse sunt adesea luate din

motive legate de starea generală a sănătății sau de îngrijirea preventivă. Dar multe femei încearcă o varietate mare de astfel de produse în timpul tranziției lor spre menopauză și în timpul postmenopauzei, în dorința de a-și ameliora simptomele sau din cauza preocupărilor sau grijilor legate de menopauză – eu numesc acest din urmă grup de suplimente „menoceutice".

Am dedicat două capitole evoluției biologice, chimice și financiare a tratamentelor hormonale ale menopauzei, așa că este corect să acord o atenție similară și chestiunii suplimentelor. Fabricanții acestor produse nu sunt niște vraci locali care prepară cantități mici în bucătăriile lor, ci este vorba de o adevărată industrie. Și ce mai industrie! În Statele Unite, afacerile cu suplimente valorează peste 30 de miliarde de dolari pe an. Suplimentele sunt tot mai mult comercializate și promovate ca produse pentru o stare de bine – ajungi la un stil de viață sănătos din exterior spre interior. Dar asocierea suplimentelor cu starea de bine nu este cu nimic diferit de ce s-a întâmplat în anii 1950, când Premarinul a fost asociat glamourului. Adevărul crud este că marketingul stilului de viață funcționează.

Sub umbrela suplimentelor se regăsește o gamă largă de produse eliberate fără rețetă, cum ar fi vitaminele, mineralele, produsele vegetale, aminoacizii, hormonii, fitoestrogenii, uleiurile de pește, probioticele, organe deshidratate de la animale și

suplimentele alimentare. Aceste produse sunt rareori studiate și sunt în esență nereglementate.

În 1994, Statele Unite au adoptat Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA), care a eliminat multiple măsuri de protecție pentru consumatori. De exemplu, companiile nu mai trebuie să dovedească faptul că produsul conține ceea ce este menționat pe etichetă. În consecință, se întâlnesc frecvent produse falsificate. Uneori, se întâmplă ca ingredientul principal să fie înlocuit cu un produs mai puțin costisitor, să nu existe niciun ingredient activ ori, în loc de un produs botanic, să fie vorba despre un medicament farmaceutic real.

De exemplu, un supliment de cohoș negru vândut ca fiind eficient împotriva bufeurilor ar putea conține, printre altele, planta ilustrată pe flacon, estradiol (un hormon pe bază de rețetă), un antidepresiv sau un steroid artificial complet netestat. Ar putea fi chiar pudră de orez. Este o loterie, iar șansele nu sunt niciodată în favoarea consumatorului. În 2015, procurorul general al statului New York a investigat produsele pe bază de plante vândute de GNC, Target, Walmart și Walgreens: 80% dintre produse nu conțineau niciuna dintre plantele de pe etichete. Da, 80%! Un alt studiu efectuat în 2013 de University of Guelph a arătat că până la o treime dintre suplimente nu conțineau plantele declarate pe etichete. Imaginează-ți ce indignare ar fi în rândul consumatorilor dacă am permite

companiilor să joace ruleta ingredientelor cu alte produse. Ce s-ar întâmpla dacă de fiecare dată când am deschide o conservă de fasole, ca să nu mai vorbim despre un flacon de antibiotice, ar fi un joc de tipul „Să fie sau să nu fie?“. În cazul suplimentelor, motto-ul este cu adevărat „Atenție, cumpărători!“.

Răul produs de înlocuirea ingredientelor depășește simpla cumpărare a unui produs farmaceutic sau a unei plante potențial periculoase. Lipsa controlului calității înseamnă că suplimentele utilizate într-un studiu specific ar putea să nu fie omogene sau să conțină un compus complet diferit, ceea ce înseamnă că nici măcar nu este posibil să se știe ce se testează cu adevărat. De asemenea, este posibil ca lotul furnizat pentru studiu să nu fie în concordanță, din punct de vedere al ingredientelor, cu ceea ce cumpărăm din magazin. Există multe probleme legate de marile companii farmaceutice, dar cel puțin eu știu că fiecare pastilă, plasture sau cremă pe care o prescriu conține doza declarată.

O altă problemă cu suplimentele în Statele Unite este lipsa testelor de siguranță; se presupune că aceste produse sunt sigure, cu excepția cazului în care agenția Food and Drug Administration (FDA) primește dovezi că sunt nocive. Americanii plătesc un preț mare pentru lipsa studiilor de siguranță, deoarece suplimentele sunt motivul pentru care aproximativ 23 000 de persoane ajung la unitatea de primire a urgențelor în fiecare

an și reprezintă o cauză din ce în ce mai frecventă a insuficienței hepatice. Chiar și atunci când FDA este sesizată, răspunsul este adesea o scrisoare de avertizare scrisă pe un ton temperat cu privire la retragerea produsului. Ce-i pasă unei industrii care valorează 30 de miliarde de dolari pe an de câteva atenționări? Aceste produse sunt în mare parte netestate, astfel încât nu există o linie de cercetare și dezvoltare care să le încetinească, iar dacă un produs este retras de pe piață, un altul pare imediat ușor de găsit. Suplimentele sunt ca dinții de rechin, apare întotdeauna altul în loc.

Reglementările privind publicitatea la suplimente sunt la fel de permisive. DSHEA permite afirmații vagi cu privire la părțile corpului și la fiziologie, cunoscute sub numele de „afirmații privind structura/funcția“, atâta timp cât este inclus următorul avertisment:

> Aceste declarații nu au fost evaluate de Food and Drug Administration. Acest produs nu este destinat diagnosticării, tratării, vindecării sau prevenirii vreunei boli.

Un producător poate face publicitate în mod legal unui supliment care ajută la „menținerea sănătății hormonale“, care oferă „beneficii ovarelor“ sau „îmbunătățirea memoriei“ fără să definească acești termeni sau să furnizeze vreo dovadă de orice fel. Acești termeni cvasi-științifici sunt o formă de marketing foarte eficientă. Cine nu vrea

să aibă ovare sănătoase sau o memorie mai bună?

Deloc surprinzător, industria suplimentelor a crescut semnificativ de când s-au relaxat reglementările. În 1994, existau aproximativ 4 000 de suplimente pe piața din Statele Unite, iar în 2012 erau 55 000. Chiar dacă publicitatea joacă un rol important, suplimentele sunt deseori recomandate de medici și, la fel ca în cazul marilor companii farmaceutice, pot exista legături financiare. De exemplu, medicina naturistă pretinde că folosește puterea naturii pentru a ajuta organismul să se vindece singur. O mare parte din această vindecare se produce prin intermediul suplimentelor. În 2016, pe site-ul de știri *STAT* scria că lobbyul pentru creșterea numărului autorizațiilor acordate medicilor naturiști din mai multe state fusese puternic finanțat de producătorii de vitamine.

Nu există o bază de date care să facă legătura între furnizorii care primesc sprijin financiar din partea industriei suplimentelor, astfel încât este posibil să nu fie clar dacă un furnizor a fost plătit să posteze pe Instagram informații despre suplimente sau să vorbească despre acestea în cadrul unui eveniment. Medicii care vând suplimente în cabinetele lor primesc o cotă parte din vânzări, iar unii doctori și medici naturiști își vând chiar propriile mărci de suplimente, ceea ce le crește și mai mult profitul din vânzarea acestor produse.

Vânzarea suplimentelor într-un cabinet medical, în special a suplimentelor de marcă, creează o dinamică de putere dezechilibrată care, cu siguranță, nu este în favoarea niciunei femei. Cum îi spui unui doctor sau unui medic naturist, în timp ce te afli în cabinetul său, că nu vrei să cumperi formula lui specială? Prima regulă a lui Gunter în ceea ce privește informarea în domeniul sănătății este că nu poți obține informații de calitate din partea unei persoane care vinde acel produs, pentru că în mod cert este părtinitoare. La fel cum nu vei afla informații despre medicamentele pentru depresie de la compania care îți vinde antidepresivele, nu ar trebui să afli nici despre suplimente de la un medic care le vinde. Cel de la care afli informații ar putea fi ori un farmacist, ori medicul tău, dar, din punct de vedere etic, persoana respectivă nu poate fi și una, și alta.

Iată ce declară American College of Obstretics and Gynecology despre ginecologi/obstetricieni și vânzarea suplimentelor:

- Medicii obstetricieni și ginecologii nu ar trebui să vândă sau să promoveze substanțe sau dispozitive ca fiind terapeutice, fără o bază adecvată de dovezi privind beneficiile medicale.

- Obstetricienii și ginecologi nu ar trebui să își folosească influența profesională sau cadrul clinic

pentru a vinde sau a promova produse sau servicii nemedicale sau pentru a înscrie participanți în scheme de marketing pe mai multe niveluri.

- Este descurajată vânzarea medicamentelor sau a dispozitivelor eliberate pe bază de rețetă sau fără rețetă direct către pacientele cabinetelor obstetricienilor și ginecologilor, când există vânzători alternativi disponibili.

Este important să recunoaștem că teama și confuzia din jurul estrogenilor care au rezultat în urma studiului Women's Health Initiative din 2002 au lăsat un gol pe care l-au umplut suplimentele, la fel și hormonii bioidentici și cei preparați în farmacii (discutați în capitolul 20). Existau mai puține opțiuni nehormonale pentru simptomele menopauzei înainte de 2002, așa că recurgerea la suplimente nu este surprinzătoare. Multe femei apelează la suplimente și pentru că au fost respinse și/sau private de drepturile lor de către sistemul medical. Dacă persoana care îți recomandă suplimentele te ascultă și îți confirmă îngrijorările, de ce te-ai mai întoarce la un medic care ți-a ignorat preocupările legate de bufeurile îngrozitoare sau menstruațiile abundente care îți pătează

hainele, catalogându-le ca nefiind *chiar atât de rele*?

Suplimentele exploatează și temerile legate de hormoni, pretinzând că sunt în mod inerent naturale, ceea ce este confundat cu siguranța. Dar suplimentele nu sunt naturale. Cel mai natural lucru este să ne obținem micronutrienții din alimente. Vitaminele și mineralele sunt absorbite mult mai bine din alimentație, deoarece sunt combinate cu fibre și alți factori care îmbunătățesc absorbția. La fel ca în cazul estradiolului sau progesteronului, indiferent dacă ceva care se găsește în natură este marketing, și nu medicină, ceea ce contează este dacă produsul respectiv este indicat și dacă este sigur și eficient.

O altă problemă cu suplimentele sunt studiile – atunci când acestea există, adică. La fel ca în cazul marilor companii farmaceutice, studiile finanțate de industrie indică aproape întotdeauna un efect benefic, deși structura studiilor în cazul suplimentelor este adesea necorespunzătoare. Un studiu de slabă calitate cu rezultate pozitive este complet nefolositor, deoarece din punct de vedere medical nu spune mare lucru. O analogie bună este încercarea de a identifica o persoană într-o lumină slabă și de la distanță. Răspunsul este, în cel mai bun caz, „Ei bine, s-ar putea să fie ea“. Concluziile pur și simplu nu sunt posibile.

Pentru a crește confuzia și mai mult, suplimentele sunt uneori indicate din punct

de vedere medical. Câteva exemple notabile sunt acidul folic administrat înainte de concepție și în timpul sarcinii, vitamina D pentru persoanele care nu reușesc să obțină suficientă prin alimentație și prin expunerea la soare sau multivitaminele pentru persoanele care pot avea dificultăți în absorbția micronutrienților, cum ar fi femeile care au suferit o operație bariatrică (operație de slăbire). Este posibil ca unele persoane vegane și vegetariene să aibă nevoie de suplimente de fier și/sau vitamina B12, deoarece singura sursă a acestora sunt produsele de origine animală. Și mai sunt și titlurile de pe paginile de internet medicale accesate frecvent, cum ar fi cea de pe WebMD, „Aceste vitamine și suplimente combat inflamația“. Este o afirmație vagă, care nu înseamnă nimic din punct de vedere medical, dar care dă falsa impresie că aceste produse sunt utile.

Of.

Istoria semisecretă a femeilor, a medicinei, a meseriei de moașă și a plantelor

Multe suplimente pentru menopauză se leagă de credința că există rețete străvechi care erau cândva cunoscute pe scară largă și eficiente, doar pentru a fi distruse ulterior de medicina patriarhală, de industria farmaceutică sau de ambele.

Există tendința de a da o notă exotică sau romanțată vastei literaturi de rețete ale remediilor din textele antice egiptene, grecești, persane, hinduse și chinezești, dar majoritatea aveau la bază concepții despre boli pe care azi le considerăm false. De exemplu, dacă o femeie din Egiptul antic avea dureri de ureche și de maxilar, tratamentul era reprezentat de pesarele vaginale din plante și de fumigație, în timp ce un medic contemporan probabil ar lua în considerare ca potențială cauză o infecție a urechii ori a sinusurilor sau un abces dentar, și niciuna dintre acestea nu se tratează pe cale vaginală. Multe dintre terapiile grecești antice destinate femeilor implicau substanțe despre care se credea că usucă, deoarece una dintre cauzele principale ale problemelor de sănătate ale femeilor era „umezeala". Ar fi incorect ca tratamentul oricărei femei pentru orice afecțiune să aibă la bază conceptul antic de umezeală excesivă. Există în cazul terapiilor antice o mulțime de alegeri care implică selectarea părților care sună acceptabil și respingerea restului. Fumigația vaginală era o terapie în Grecia antică, redenumită de teoriile moderne de wellness drept aburire vaginală, dar în realitate multe rețete erau revoltătoare. Un pui de câine sau un câine spintecat (varia în funcție de afecțiune) umplut cu ierburi era adesea incinerat pentru a obține aburul.

Ingredientele puteau fi alese și pentru semnificația lor culturală sau religioasă,

deoarece medicina reflecta frecvent lumea înconjurătoare. De exemplu, rodia era adesea recomandată în rețetele pentru avort, dar este și fructul morților în mitologia greacă. Este posibil și ca multe ingrediente să fi fost costisitoare în mod intenționat, poate că strămoșii noștri știau ceea ce știm noi astăzi – medicamentele scumpe au un efect placebo mai puternic. Aceasta este una dintre explicațiile faptului că secreția glandelor olfactive ale castorilor – *castoreum* – apărea în atât de multe terapii europene în Evul Mediu și în Renaștere.

Remediile medicale occidentale din secolul al XVI-lea până la începutul secolului al XX-lea se bazau adesea pe credința eronată că lipsa menstruației însemna acumularea unor umori periculoase, așa că terapiile implicau adesea sângerările provocate sau administrarea de purgative (substanțe care provoacă vărsături sau diaree). O altă cauză fundamentală a preocupărilor legate de sănătatea feminină era aceea că femeile aveau un temperament prea fierbinte, așa că remediile sudorifice – care provoacă transpirație – erau prescrise pentru o varietate de simptome. Opiul și alcoolul apar în multe tratamente, iar din secolul al XIX-lea a început să fie recomandat și canabisul, ba chiar a fost inclus în sfaturile a cel puțin unul dintre ginecologii-obstetricieni cei mai educați din secolul al XIX-lea pentru a tempera firea hipersexuală a femeilor aflate la menopauză.

Unii pretind că există terapii pe bază de plante pentru menopauză, care provin direct din medicina chineză antică, dar potrivit lui Charlotte Furth, autoarea volumului *A Flourishing Yin: Gender in China's Medical History: 960-1665*, diagnosticul modern al menopauzei a fost transferat în medicina tradițională chineză din medicina secolului al XIX-lea. În medicina tradițională chineză, menopauza nu era văzută altfel decât bătrânețea și, prin urmare, din punct de vedere istoric, nu există remedii specifice pentru simptomele pe care astăzi le asociem acesteia. Orice tratament din medicina tradițională chineză recomandat pentru menopauză este de fapt o rețetă din secolul al XIX-lea. Asta nu înseamnă că este rea sau bună; este doar important să îi înțelegem originile, căci unii sunt atrași de aceste terapii deoarece cred, în mod eronat, că sunt străvechi sau cel puțin mult mai vechi decât sunt în realitate.

Având în vedere ceea ce știm acum despre fitoestrogeni, mulți s-au întrebat dacă nu cumva unele rețete antice funcționau pentru că aveau în componență aceste substanțe vegetale care pot acționa asemenea estrogenilor (vezi capitolul 19 pentru mai multe informații). Suplimentele moderne cu fitoestrogeni sunt, în cel mai bun caz, doar într-o mică măsură eficiente pentru o varietate de simptome legate de menopauză, iar aceste suplimente moderne conțin mult mai mulți compuși activi decât

ar putea spera cineva să obțină din rețetele antice, deci este puțin probabil.

Este posibil ca plantele folosite în rețetele antice să fi fost contaminate cu micotoxine, substanțe produse de ciuperci cu efecte foarte puternice asemănătoare estrogenilor (vezi capitolul 19). Acest lucru ar însemna că terapia dădea rezultate nu pentru că rețeta era eficientă, ci mai degrabă pentru că exista un agent contaminant necunoscut. Micotoxinele estrogenice pot fi foarte puternice, astfel încât o cantitate minusculă ar putea avea, teoretic, un efect medicinal. Micotoxinele pot avea și efecte grave asupra sănătății. De exemplu, ergotul este o micotoxină produsă de secara contaminată cu *Claviceps purpurea* și poate cauza boli grave, travaliu prematur, avort și chiar poate fi fatală. Ergotul este atât de puternic încât standardele europene permit doar o cantitate de 1 miligram per kilogram de cereale. Dacă un remediu străvechi funcționa din cauza unei micotoxine, nu am dori să îl reproducem astăzi.

Mulți oameni confundă insistența mea de a dovedi dacă și cum acționează produsele botanice, precum și siguranța lor, cu o atitudine disprețuitoare. Dar dacă este utilă din punct de vedere medical, planta are un efect fiziologic și ar trebui să înțelegem care este acesta și dacă produsul este sigur. Oare nu merită femeile acest lucru? Plantele pot fi mai periculoase decât produsele farmaceutice, așa că de ce să insistăm asupra siguranței medicamentelor și să nu

extindem această cerință de siguranță și asupra plantelor? În plus, dacă o terapie se dovedește eficientă, putem folosi aceste cunoștințe pentru a ajuta femeile. Pentru mine, studierea tuturor terapiilor, indiferent de sursă, este un act de feminism, deoarece femeile nu pot avea controlul asupra propriei sănătăți decât dacă dispun de informații corecte.

Multe substanțe care se găsesc în natură și care au fost folosite inițial ca medicamente antice sau remedii populare au fost înglobate de medicină atunci când s-a dovedit că sunt utile. Medicii și moașele au făcut legătura între otrăvirea cu ergot și avort, iar apoi cineva s-a întrebat dacă ergotul ar putea să declanșeze contracții uterine după naștere pentru a opri hemoragia postpartum. Cunoștințele transmise pe cale orală au condus la creșterea utilizării lui, iar relatările au ajuns treptat în literatura medicală. În cele din urmă, industria farmaceutică a luat aminte și ergotul a fost purificat în doze sigure, cu efecte cunoscute și, ca urmare, ergotamina este folosită și astăzi în medicină. Scoarța de salcie a devenit aspirină, iar opiul din maci a fost folosit timp de mii de ani, până când tehnologia a permis izolarea morfinei, permițând o dozare standardizată și îmbunătățind astfel siguranța. Astăzi, la fel ca în urmă cu sute de ani, medicina este în căutarea compușilor activi din natură. Multe plante au fost cercetate și abandonate pentru că nu exista un ingredient eficient

sau, uneori, pentru că acel compus nu era sigur.

Cred că vracii din vechime făceau tot ce puteau în circumstanțele date. Să cerem dovezi științifice pentru a le oferi pacienților noștri terapii sigure și eficiente nu înseamnă nimic altceva decât medicină. Nu mai acceptăm de mult concepția hipocratică potrivit căreia corpul unei femei este prea umed, așa că de ce nu am privi la fel de critic întreaga medicină istorică?

Suplimentele ca noi medicamente brevetate

Elixirele și amestecurile brevetate există de mult timp. Inițial, acestea erau numite *nostrum remedium*, adică „remediul nostru", în latină, devenind în cele din urmă cunoscute sub numele de poțiuni. Sintagma „medicament brevetat" provine de la produsele care se bucurau de apreciere din partea regalității și care primeau ulterior aprobare sub forma unei scrisori regale sau a unui *brevet*. Acestea erau intens popularizate prin afirmații exagerate și prin mărturii ale pacienților – exact ca multe suplimente din ziua de azi. Medicamentele brevetate erau populare în secolul al XIX-lea. Este de înțeles de ce femeile care se apropiau de menopauză au apelat la ele, deoarece multe terapii medicale ale vremii erau în cel mai bun caz rudimentare și ineficiente. Printre recomandările obișnuite

se numărau provocarea sângerărilor, aplicarea de lipitori pe vulvă, administrarea de purgative, de soluții sudorifice, sedative, mătrăgună și injecțiile vaginale cu o soluție de acetat de plumb. Chiar și îndepărtarea ovarelor era recomandată, deși mortalitatea în urma operației era ridicată.

Publicitatea făcută medicamentelor brevetate se adresa în mod specific femeilor. Același produs era recomandat în mod obișnuit pentru aproape orice afecțiune medicală, de la prolaps uterin la infertilitate, la lipsa menstruației (adesea un cod pentru sarcină și, prin urmare, insinuarea că produsul ar putea induce avortul) și la menopauză. Unele conțineau extract de busuiocul cerbilor, o plantă din familia mentei care mult timp a fost folosită ca abortiv. Este extrem de toxică și nu trebuie luată în nicio doză. Deși poate induce contracții uterine, efectele secundare sunt insuficiența hepatică și decesul. Alte ingrediente comune ale acestor elixire erau chinina, acidul boric și uleiul de theobroma – pe care s-ar putea să îl cunoști sub denumirea de unt de cacao.

Da, unele medicamente brevetate conțineau ciocolată.

Unul dintre cele mai de succes remedii brevetate a fost compusul vegetal al Lydiei Pinkham pentru afecțiunile specifice femeilor, care era destinat în mod special schimbărilor survenite în timpul vieții sau menopauzei. Potrivit lui Rainey Horwitz, care a studiat în profunzime activitatea Lydiei

Pinkham și compusul ei vegetal pentru *Embryo Project Enciclopedia* (merită citită), aceasta a inventat și produs un amestec de alcool, rădăcini și ierburi în bucătăria ei în 1873 în Lynn, Massachusetts. Pinkham a început la scară mică, dar pe măsură ce cererea a crescut, afacerea ei s-a extins. Produsul a fost puternic promovat ca fiind *un leac al femeilor pentru bolile femeilor*. Aparent, el putea:

> să ofere o ameliorare rapidă și să asigure o vindecare definitivă în toate cazurile de menstruație neregulată, leșin, dureri de cap, cloroză, tulburări de dispoziție, dureri periodice puternice, amețeli, palpitații, depresie, dureri de spate și în acele zile monotone și apatice în care simți că nu ești în stare de nimic.

Cloroza înseamnă anemie sau un nivel scăzut al hematiilor, tulburările de dispoziție înseamnă o stare de spirit proastă și bănuiesc că durerile periodice puternice erau crampe menstruale. Esența ginecologiei într-o sticluță! Și da, dacă ceva sună prea bine ca să fie adevărat, atunci chiar așa este. Acum știm că toate aceste afecțiuni sunt cauzate de procese biologice extrem de diferite și că nu există un singur tratament pentru toate.

Fiecare flacon era însoțit de o carte de 80 de pagini gratuită despre sănătatea femeilor, intitulată *Lydia E. Pinkham's Private Textbook Upon Ailments Peculiar to Women*.

Femeile erau chiar încurajate să trimită întrebări la care Pinkham să răspundă și primeau răspunsuri scrise de mână... Iar asta a continuat chiar și la câțiva ani după moartea ei. Acest lucru a provocat un mic scandal, reprezentanții mărcii Pinkham susținând că nimeni nu sugerase vreodată că Pinkham însăși ar fi scris toate răspunsurile. Au existat și cărți poștale Pinkham (practic, niște cartonașe de schimb). Cum nimeni altcineva nu vorbea public despre sănătatea femeilor, bineînțeles că femeile i se adresau Lydiei Pinkham.

Rețeta originală a lui Pinkham includea cohoș negru, cruguliță, iarbă-amară, rădăcină de iarba fluturilor și semințe de schinduf. Cohoșul negru era, se pare, ingredientul pentru simptomele menopauzei. Rețeta conținea alcool, deși acest lucru nu a fost dezvăluit timp de mulți ani. Produsul vegetal al lui Pinkham a fost testat în 1911, iar rezultatele au fost publicate în *British Medical Journal*. Avea un conținut de 19,3% alcool, adică același ca majoritatea vinurilor de Porto, ca referință. (Știu, nu-i așa?!) Nu a fost găsită nicio dovadă a prezenței vreunei substanțe active. Deși este posibil ca testele din acea vreme să nu fi fost capabile să detecteze un ingredient activ (în ceea ce mă privește, asta înseamnă că sunt generoasă cu Lydia), având în vedere rețeta și metoda de extracție a Lydiei Pinkham, este foarte probabil să nu fi existat niciun ingredient activ în afară de alcool.

M-am hotărât să încerc o versiune artizanală a tonicului lui Pinkham – ei bine, partea cu alcoolul. Am vrut să văd dacă 30 de mililitri (1 lingură) de alcool, reprezentând 19,3% din produs, administrat la fiecare patru ore – doza de ingredient presupus inactiv din preparatul vegetal al lui Pinkham – ar putea îmbunătăți o zi mohorâtă și lipsită de energie. Am ales un vin de Porto de bună calitate cu un conținut de 19,5% alcool (uite, nu aveam de gând să beau un porto foarte prost înainte de cafea). Între pandemia cu COVID-19 și sezonul incendiilor din California, când pe cer era numai fum, am avut zile în care nu m-am simțit bună de nimic, așa că, într-o dimineață de duminică, după ce m-am spălat pe dinți, am început cu o doză de porto și am continuat să mi-l administrez regulat până la culcare. De dragul științei, desigur! Să spunem doar că mi-a mai „luminat" puțin ziua, și nu, nu îl recomand ca terapie. În mod clar exista un ingredient activ, doar că nu chiar așa cum fusese promovat.

Suplimentele cu Omega-3

Importanța acizilor grași Omega-3 a fost discutată în capitolul 21. Un studiu clinic de amploare care a urmărit peste 13 000 de femei cu vârsta de 55 de ani sau mai mult a arătat că administrarea unui supliment de 1 gram de Omega-3 (marca Omacor, un supliment cu ulei de pește) a redus atacurile

de cord cu 40% în cazul femeilor albe care aveau în alimentație mai puțin de o porție și jumătate de pește pe săptămână și cu 77% în cazul celor afro-americane, indiferent de consumul de pește. În studiu s-a folosit Omacor deoarece este un produs eliberat pe bază de rețetă, aprobat de FDA, deci doza și puritatea lui erau cunoscute. Există suplimente vegane cu Omega-3 fabricate din alge marine, deși, dacă nu sunt eliberate pe bază de rețetă, conținutul și doza nu pot fi garantate. Efectele secundare ale consumului unei cantități de 1 gram de acizi grași Omega-3 pe zi sunt rare, dar pot include o respirație urât mirositoare, arsuri la stomac, greață, diaree, dureri de cap și uneori chiar și transpirație urât mirositoare.

Dozele mai mari de acizi grași Omega-3 eliberate pe bază de rețetă sunt utilizate pentru a trata trigliceridele ridicate – până la 4 grame pe zi. În aceste doze, acizii grași pot scădea trigliceridele cu 20 până la 30%, dar pot afecta și capacitatea de coagulare a sângelui și pot interacționa cu medicamentele anticoagulante. Aceste doze trebuie utilizate numai sub supraveghere medicală.

Pentru multe femei, un supliment de Omega-3 de 1 gram pe zi este foarte indicat.

Vitamina B12

Vitamina B12 este importantă pentru producerea globulelor roșii din sânge, pentru

funcționarea sistemului nervos, precum și pentru o varietate de procese metabolice și pentru sinteza ADN-ului. Nivelurile scăzute sunt asociate cu multe simptome, inclusiv cu oboseala, depresia, iritabilitatea, aftele bucale și furnicăturile la nivelul mâinilor și picioarelor. Cantitatea zilnică recomandată de vitamina B12 este de 2,4 mcg – iar o porție de 85 g de somon conține mai mult de atât, iar o cană de lapte are 1,1 mcg. Vitamina B12 nu se găsește în plante.

Absorbția vitaminei B12 este un proces complicat, care devine mai puțin eficient odată cu vârsta. În consecință, aproximativ 20% dintre persoanele cu vârsta de minimum 60 de ani au carențe. Femeile de peste 50 de ani și cele care urmează o dietă vegană ar trebui să acorde o atenție deosebită aportului de vitamina B12 și să suplimenteze la nevoie. Multe alimente vegane sunt îmbogățite cu vitamina B12, inclusiv mai multe tipuri de cereale pentru micul-dejun, drojdiile nutritive și laptele vegetal, cum ar fi cel de soia. Unele medicamente, de exemplu, metformina pentru diabetul de tip 2 și medicamentele pentru refluxul gastric, precum și intervențiile chirurgicale pentru pierderea în greutate pot diminua absorbția vitaminei B12, așa că și în acest caz ar putea fi necesare suplimentele.

Injecțiile cu vitamina B12 au fost mult timp promovate ca un remediu miraculos pentru oboseală și sunt populare în industria wellnessului. Lichidul este de un roșu aprins

și seamănă mai mult cu un elixir decât cu un medicament pe care îl administrăm la cabinet, dar femeile au nevoie de un medic, nu de un vraci. Când am participat la conferința „goop health" de la New York, am fost uimită să văd o coadă lungă de femei care își lăsau cu nerăbdare pantalonii în jos, expunându-și partea superioară a feselor pentru ca un medic pe care nu îl mai întâlniseră niciodată să le facă o injecție intramusculară de vitamina B12 de un roșu aprins – totul în numele wellnessului. Injecțiile cu vitamina B12 ar trebui să fie prescrise doar de către medic și sunt indicate doar persoanelor care nu reușesc să asimileze suficientă vitamina B12 din suplimente.

Este fascinant cum injecțiile cu vitamina B12 sunt catalogate ca fiind naturale, stimulatoare pentru sistemul imunitar (nici vorbă de așa ceva) și benefice pentru sănătate, iar alte intervenții sau medicamente, cum ar fi vaccinurile, poartă eticheta farmaceuticelor malefice. Acest lucru este uimitor mai ales în cazul vitaminei B12, deoarece injecțiile sunt fabricate de o companie farmaceutică și conțin cantități mici de aluminiu, unul dintre ingredientele despre care anumite voci susțin în mod fals că fac vaccinurile nesigure sau anormale. Deși cantitatea de aluminiu din B12 este mai mică decât cea din vaccinuri (cantitățile fiind sigure în ambele cazuri), oamenii nu se vaccinează o dată pe lună ani la rând.

Vitamina E

Vitamina E este un grup de compuși solubili în grăsimi numiți tocoferoli și tocotrienoli. Acești compuși sunt antioxidanți și sunt importanți pentru sistemul imunitar și pentru sănătatea inimii. Carența de vitamina E în America de Nord este foarte rară. Acest nutrient se găsește într-o varietate de alimente, inclusiv în legume cu frunze verzi, nuci, semințe, uleiuri vegetale și cereale îmbogățite. Mai multe studii au evaluat suplimentele de vitamina E pentru îngrijirea preventivă a sănătății și nu s-a demonstrat că ajută împotriva bolilor de inimă, a cancerului sau a declinului cognitiv odată cu îmbătrânirea. Ba chiar unele studii au generat îngrijorări cu privire la suplimentele de vitamina E, indicând un risc mic, dar crescut de deces în rândul celor care iau doze de 400 UI pe zi și posibil chiar și pentru cei care iau doar 150 UI pe zi.

Hormonii eliberați fără rețetă

Aparent, hormonii eliberați fără rețetă sunt disponibili pretutindeni, chiar și pe Amazon. Evită-i! S-ar putea chiar să nici nu conțină hormoni, dar există multe alte motive pentru a-i evita. Iată care sunt cele mai comune patru produse comercializate destinate femeilor aflate la menopauză:

- **CREMA CU PROGESTERON** nu se absoarbe bine (dacă se absoarbe

vreun pic) prin piele, deci este ineficientă chiar dacă produsul conține progesteron. Dacă o femeie ia estrogen și se bazează pe o cremă cu progesteron pentru a-și proteja uterul, ea riscă să se îmbolnăvească de cancer endometrial. Acesta este, de fapt, unul dintre sfaturile mele despre cum să primești îndrumările proaste în privința menopauzei – dacă medicul îți recomandă progesteron aplicat local, ridică-te și ieși pe ușă.

- **ORICE PRODUS CARE PRETINDE CĂ INCLUDE ȘI ESTROGEN.** Cantitatea de estrogen contează în ceea ce privește riscul de formare a cheagurilor de sânge și de apariție a cancerului endometrial, așa că produsele non-farmaceutice pot fi nesigure. Cu toate acestea, majoritatea produselor eliberate fără rețetă care pretind că sunt estrogeni sunt de fapt altceva. De exemplu, Life Extension vinde estrogen pentru femei. Descrierea este următoarea: *Acest supliment de estrogen pe bază de plante este conceput pentru a susține metabolismul sănătos al estrogenilor și pentru a combate neplăcerile comune cauzate de menopauză, cum ar fi bufeurile și*

transpirațiile nocturne. Normal că un supliment de estrogen pare să conțină estrogen, dar este de fapt un amestec de produse vegetale care sunt în mare parte ineficiente pentru simptomele menopauzei. Acesta este un bun exemplu (sau chiar un exemplu care te înfurie de-a dreptul, pentru că acest tip de etichetare nu ar trebui să fie permis) al modului în care etichetele pot fi înșelătoare.

- **DEHIDROEPIANDROSTERONUL ȘI SULFATUL DE DEHIDROEPIANDROSTERON (DHEA ȘI DHEA-S)** sunt produși de glanda suprarenală și de ovare, iar împreună, DHEA și DHEA-S sunt cei mai răspândiți hormoni steroizi din organism. Nivelurile scad cu aproximativ 2% pe an, dar în cazul unora dintre femei, acestea pot crește temporar în timpul tranziției spre menopauză. DHEA și DHEA-S sunt hormoni enigmatici, iar amploarea reală a funcției lor în organism nu este bine înțeleasă, dar se crede că au un efect asupra funcției cerebrale și a inflamației. DHEA este și una dintre etapele procesului prin care colesterolul se transformă în testosteron, estrogeni și progesteron (vezi capitolul 3), de unde și

recomandarea din partea unor medici să fie administrat la menopauză. Cel puțin 23 de studii au evaluat DHEA pentru o varietate de indicații legate de menopauză și nu au fost găsite beneficii pentru funcția sexuală, starea generală de sănătate, funcția cognitivă sau beneficii legate de lipide sau de glicemie. Desigur, calitatea studiilor este slabă, dar pe baza acestor date nu există dovezi care să susțină administrarea de DHEA la femeile aflate în perioada de tranziție spre menopauză sau în postmenopauză ori pentru probleme legate de dorință sexuală. DHEA-S este o terapie vaginală eficientă, pe bază de rețetă, pentru sindromul genito-urinar al menopauzei (SGM, vezi capitolul 13).

- **PREGNENOLONA.** Un alt hormon precursor al procesului de transformare a colesterolului în progesteron/estradiol/testosteron (vezi anexa A). Există un mit conform căruia, în perioadele de stres, glanda suprarenală deturnează pregnenolona pentru a produce hormoni ai stresului, cum ar fi cortizolul, păcălind ovarele și scăzând astfel nivelul de estradiol

și progesteron. Este adesea denumit „furt de pregnenolonă". Nu există nicio dovadă a acestui lucru în literatura medicală, iar ipoteza nu este plauzibilă din punct de vedere biologic pe baza modului în care funcționează organismul. Deși este adevărat că stresul poate opri temporar menstruația la unele femei și că factorii de stres cronic pot afecta funcția de reproducere, acest lucru se datorează unor interacțiuni complexe care afectează semnalele hormonale și nu are nimic de-a face cu faptul că ovarele au o cantitate insuficientă de pregnenolonă. Ipoteza falsă a furtului de pregnenolonă este adesea asociată cu un alt non-diagnostic: oboseala suprarenală – ideea că stresul epuizează glanda suprarenală. Atunci când pacientelor li se pun aceste diagnostice false, nu înseamnă că nu au simptome, ci că au fost diagnosticate greșit. Renunță la suplimentele de pregnenolonă și ignoră pe oricine care îți pune diagnosticul de furt de pregnenolonă sau de oboseală suprarenală.

Probioticele

Probioticele sunt microorganisme vii benefice pentru sănătate gazdei. Practic, sunt microorganisme care fac bine organismului uman. În anii 1990, probioticele erau noutatea în domeniul sănătății femeilor și le recomandam pentru prevenirea infecțiilor vaginale și pentru sănătatea vezicii urinare, dar acum sunt comercializate pentru o mare varietate de probleme și afecțiuni medicale. În pofida efervescenței provocate de probiotice, există puține date științifice care să susțină utilizarea lor pe scară largă în domeniul sănătății femeilor. Microbiomul gastrointestinal și vaginal (comunitățile de bacterii) este complex, dinamic, iar puținele date pe care le cunoaștem despre el sunt abia la început, astfel încât ideea că poate fi manipulat cu ușurință pentru a obține doar beneficii cu ajutorul unei pastile probiotice este mai mult literatură științifico-fantastică decât știință. Cu toate acestea, există date care sugerează că probioticele pot contribui la prevenirea unui tip potențial periculos de diaree asociată antibioticelor, numită enterocolită provocată de *Clostridium difficile*.

În cazul femeilor aflate la menopauză, probioticele sunt cel mai probabil recomandate pentru prevenirea infecțiilor tractului urinar sau ITU (infecții ale vezicii urinare). Cele câteva studii care există sunt

slabe, iar o recenzie Cochrane din 2015 care a analizat întregul set de dovezi a condus la următoarele concluzii:

> Nu a fost demonstrat niciun beneficiu semnificativ al probioticelor în comparație cu placebo sau cu inexistența unui tratament, dar nu poate fi exclus un beneficiu, deoarece datele au fost puține și au provenit din studii de mici dimensiuni, cu raportare metodologică slabă.

Există cercetări cu o tulpină numită *Lactobacillus crispatus*, bacteria benefică dominantă din vaginul multor femei, pentru reducerea recurenței infecțiilor vaginale, cum ar fi vaginoza bacteriană. Adăugarea *Lactobacillus crispatus* la tratamentul standard pentru vaginoza bacteriană a redus riscul de recurență de la 45 la 30%. Dacă studiile ulterioare cu această bacterie vor demonstra beneficiile pe termen lung, ea va reprezenta un adaos util, dar este clar că nu este un remediu pentru orice. Acest probiotic nu este în prezent disponibil fără rețetă. Există și alte date privind probioticele și sănătatea vaginală, dar ele sunt sub așteptări.

Probioticele prezintă aceleași probleme de control al calității ca alte suplimente. Un studiu a arătat că 33% dintre probiotice conțineau mai puține colonii de bacterii decât cele declarate pe etichetă, iar 42% dintre produsele testate erau etichetate greșit, ceea ce înseamnă că nu conțineau

bacteriile declarate sau includeau alte specii. În plus, aceste produse sunt de obicei destul de scumpe.

Alte suplimente

Iată alte câteva suplimente care sunt destinate adesea femeilor aflate la menopauză:

- **ANTIOXIDANȚII** sunt substanțe care pot preveni deteriorarea celulelor de către radicalii liberi, molecule instabile create în mod natural de către organism sau care se găsesc în mediul înconjurător (printre exemple se numără fumul de țigară și lumina soarelui). Câteva exemple sunt vitaminele E și C, seleniul și carotenoizii (pe care mulți dintre noi îi cunoaștem ca fiind substanțe care dau pigmentul alimentelor, cum ar fi morcovii, dovleacul și roșiile). Legumele și fructele sunt surse excelente de antioxidanți, dar nu există dovezi care să susțină utilizarea suplimentelor cu antioxidanți la populația generală și există unele date care sugerează existența unor riscuri (de exemplu, așa cum s-a discutat anterior cu vitamina E). Într-un studiu, femeile care au luat suplimente cu antioxidanți în

timpul chimioterapiei pentru tratarea cancerului de sân au avut un risc crescut de recidivă a cancerului. Există cercetări în curs de desfășurare privind terapia cu antioxidanți și, până când vom avea date de calitate, în general este mai bine să se obțină antioxidanți din alimente.

- **BIOTINA** este cunoscută și sub numele de vitamina B7 și este adesea recomandată pentru păr și unghii, deși nu există nicio dovadă că funcționează în cazul persoanelor care nu au o carență de biotină. Este abundentă în majoritatea dietelor, iar unele surse bune sunt somonul, gălbenușurile și cartoful dulce. Este produsă chiar și de bacteriile din intestin, astfel încât carența legată de dietă este neobișnuită la persoanele altminteri sănătoase. Multe suplimente conțin de 650 de ori mai multă biotină decât este necesară, deși este o vitamină solubilă în apă, astfel încât surplusul devine pur și simplu urină scumpă. Nivelurile ridicate de biotină pot interfera cu mai multe teste de laborator, inclusiv cu nivelurile hormonale, cum ar fi FSH și LH (vezi capitolul 3), testele tiroidiene, cortizolul,

vitamina D și troponina – un test care ajută la diagnosticarea atacurilor de cord.

- **EXTRACTUL DE CEAI VERDE.** Pare sănătos, nu-i așa? La urma urmei, ceaiul verde este benefic pentru sănătate. Extractul de ceai verde este un extract din plantă, nu este ceai. Este asociat cu insuficiența hepatică, așa că nu este recomandat.

- **IODUL.** Afecțiunile tiroidiene cresc pe măsură ce femeile îmbătrânesc, așa că iodul este adesea prezentat femeilor de peste 40 de ani ca un supliment necesar pentru a proteja atât glanda tiroidă, cât și sistemul imunitar. Femeile adulte care nu sunt însărcinate au nevoie de 150 µg de iod pe zi, cantitatea din ½ linguriță de sare de masă iodată. Lactatele, ouăle și peștele sunt surse bune de iod alimentar. Funcția principală a iodului este producerea de hormoni tiroidieni. El susține doar sistemul imunitar, deoarece pentru un sistem imunitar sănătos ai nevoie de o glandă tiroidă funcțională. Administrarea excesivă de iod în cazul unei glande tiroide care funcționează normal poate

provoca, în mod paradoxal, hipotiroidism (funcție tiroidiană scăzută). De fapt, endocrinologii recomandă doze mari de iod la femeile cu hipertiroidism (o glandă tiroidă hiperactivă) pentru a o „ameți“ și a câștiga timp ca s-o trateze prin mijloace de durată mai lungă. Unele femei iau atât de mult iod fără rețetă prin intermediul suplimentelor, încât ajung să facă hipotiroidism. În astfel de situații, oamenilor le este greu adeseori să creadă că au fost induși în eroare și pot fi necesare mai multe vizite la cabinet pentru a-i convinge de contrariu. Există studii care asociază consumul excesiv de iod cu tiroidita autoimună și cu cancerul tiroidian papilar.

- **MULTIVITAMINELE** au fost concepute pentru femeile de peste 50 de ani pentru a oferi sprijin din interior – nu te lăsa păcălită! Singurul lucru pe care trebuie să îl facem în acest caz este să ne dăm seama cum putem spulbera temerile femeilor pe măsură ce îmbătrânesc. Mai multe studii au abordat multivitaminele și au descoperit că nu aduc niciun beneficiu femeilor altminteri sănătoase, iar unele date

sugerează chiar că sunt dăunătoare. O teorie legată de răul pe care îl pot provoca este că antioxidanții din suplimente protejează nu doar celulele sănătoase, ci și pe cele canceroase. Pot exista și alte mecanisme; de exemplu, unele vitamine și minerale afectează capacitatea de absorbție a altora, astfel încât dozele mari din intestin provenite de la o multivitamină pot afecta capacitatea de absorbție a nutrienților importanți din alimente. Deși vitaminele hidrosolubile în exces sunt pur și simplu eliminate prin urină (da, așa cum am menționat mai sus cu biotina, se pare că multe vitamine fac pur și simplu urina mai scumpă), vitaminele liposolubile în exces sunt stocate în grăsimi, putându-se acumula și reprezentând un pericol potențial. Cu excepția cazului în care o femeie a suferit o operație chirurgicală ca să slăbească sau are alte cauze care îi afectează capacitatea de asimilare a micronutrienților din alimente, multivitaminele nu sunt recomandate.

- **VITAMINA A** este de fapt un grup de compuși cunoscuți și sub numele de retinoizi. Dozele de 10 000 UI pe zi sau mai mult sunt asociate unui risc crescut de osteoporoză. Carența de vitamina A este rară, însă mai multe suplimente destinate femeilor conțin adesea 10 000 de unități de vitamina A. Este vorba de un risc, și nu de un beneficiu. Retinolul aplicat local și vitamina A pe bază de rețetă sunt altă poveste, deoarece s-a demonstrat că aceste produse reduc aspectul ridurilor, pentru că promovează creșterea colagenului.

- **VITAMINELE B6 ȘI B12.** Întâlnesc deseori femei care iau această combinație, dar suplimentele de vitamina B6 combinate cu B12 sunt asociate unui risc crescut de apariție a osteoporozei și a fracturilor – într-un studiu, riscul producerii unei fracturi de șold a crescut cu 50%. Cu cât doza de vitamine este mai mare, cu atât crește și riscul.

- **CREMA DE IGNAME**. Se profită de faptul că hormonii farmaceutici sunt produși dintr-o substanță care se găsește în igname: diosgenina. Cu toate acestea, organismul nu

poate transforma diosgenina sau alte substanțe din igname în hormoni, iar ignamele nu conțin hormoni sau substanțe cu proprietăți medicinale. Un magazin din apropierea locuinței mele vinde o cremă din igname despre care se pretinde că ameliorează crampele, schimbările de dispoziție, că oferă sprijin pentru glandele suprarenale și echilibrează estrogenul și progesteronul. Totul la prețul de 24,80 dolari borcanul. Sună exact ca un medicament brevetat, nu? Așa cum era de așteptat, un studiu privind o cremă locală de igname comparată cu un placebo nu a indicat niciun beneficiu. Aceste produse sunt o înșelătorie menită să te scuture de bani. Ignamele sunt alimente, nu medicamente.

Cum să te documentezi

„Menoceuticele“ merită să fie monitorizate cu aceeași atenție ca medicamentele eliberate pe bază de rețetă. Acest lucru poate fi destul de dificil, având în vedere multe studii slabe, așa că iată câteva întrebări pe care ai putea să ți le pui și lucruri pe care să le faci:

- **CUM MĂ POATE AJUTA ACEST PRODUS ÎNTR-UN MOD SEMNIFICATIV?** Nu accepta termeni vagi, cum ar fi „sprijin pentru ovare“ sau „sprijin pentru glandele suprarenale“; solicită un rezultat preconizat și precizie în ceea ce privește doza. De exemplu, 1 gram de acizi grași Omega-3 pe zi reduce riscul de atac de cord.

- **FEREȘTE-TE DE PRODUSELE CARE PRETIND CĂ LE FAC PE TOATE.** Bufeurile, schimbările de dispoziție, crampele, durerile de cap, de spate sunt afecțiuni medicale diferite și ideea că există o terapie universală nu este plauzibilă biologic. Dacă un supliment pare prea bun ca să fie adevărat, atunci chiar așa și este (în plus, dacă chiar era bun, ar fi fost preluat de mult de marile companii farmaceutice).

- **CE SPUN ORGANIZAȚIILE MEDICALE PROFESIONALE DESPRE ACEST SUPLIMENT?** Mai exact, mă refer la North American Menopause Society (NAMS), International Menopause Society (IMS), American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) sau Society of Obstetricians and Gynecologysts of Canada (SOGC).

Introdu în motorul de căutare denumirea suplimentului sau a produsului și apoi numele societății.

- **CE RECOMANDĂ BIROUL PENTRU SUPLIMENTE ALIMEN-TARE AL INSTITUTULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE?** În Statele Unite te poți informa de pe pagina ods.od.nih.gov.

- **CARE SUNT RISCURILE POTENȚIALE, INCLUSIV CELE FINANCIARE?** Spre deosebire de medicamentele eliberate pe bază de rețetă, suplimentele nu au prospecte care să enumere efectele secundare, complicațiile și potențialele interacțiuni cu medicamentele. Nu presupune niciodată că un produs este inofensiv sau că nu interacționează cu un alt medicament doar pentru că nu este un produs farmaceutic sau pentru că pe etichetă se afirmă că este natural. National Center for Complementary and Integrative Health (nccih.nih.gov) este un loc bun din care să începi căutarea de informații privind siguranța și spune-i întotdeauna medicului dacă iei suplimente sau dacă intenționezi să începi să iei. O altă resursă excelentă este

farmacistul. În ceea ce privește riscul financiar, prețul suplimentelor variază între 20 și 90 de dolari pe lună sau mai mult. Pe termen lung, asta înseamnă foarte mulți bani.

- **ÎMI POT SCHIMBA DIETA ASTFEL ÎNCÂT SĂ NU MAI AM NEVOIE DE SUPLIMENTE?** Poate că aceste schimbări nu sunt posibile în cazul unora, dar merită întotdeauna să încerci. Un dietetician autorizat sau un nutriționist ar putea fi în măsură să te ajute, iar majoritatea pot face recomandări accesibile. În Statele Unite, acest lucru poate fi acoperit de asigurarea de sănătate (în țările cu asistență medicală universală poate fi gratuit), dar chiar și pentru persoanele care trebuie să plătească pentru o consultație, probabil că merită pe termen lung, deoarece suplimentele pot costa între 20 și 40 de dolari pe lună sau mai mult și sunt oameni care ajung adesea să ia mai mult de unul. Costul unei singure vizite la un astfel de specialist ar putea să se amortizeze din renunțarea la suplimente în mult mai puțin de un an.

- **PERSOANA CARE RECOMANDĂ PRODUSUL PROFITĂ DE PE URMA VÂNZĂRII?** Pentru a obține informații imparțiale, discută cu un specialist din domeniul medical care nu profită de pe urma suplimentului.

- **PERSOANA CARE RECOMANDĂ ACEST SUPLIMENT FOLO-SEȘTE TERMENI PRECUM „FURT DE PREGNENOLONĂ" SAU „OBOSEALĂ SUPRARENALĂ"?** Dacă da, cere părerea altui specialist.

- **DACĂ IEI UN SUPLIMENT, CAUTĂ UNUL A CĂRUI PURITATE A FOST VERIFICATĂ DE O AGENTIE INDEPENDENTĂ.** Caută produse care poartă o siglă de aprobare din partea uneia dintre cele trei agenții independente – NSF International, US Pharmacopeia (USP) sau ConsumerLab – care testează aceste produse pentru a le verifica puritatea. Acest lucru va reduce riscul ca un produs să fie falsificat și reprezintă o garanție că el conține ceea ce este menționat pe etichetă.

P.S. Mă aștept la *o mulțime* de mesaje injurioase pentru acest capitol.

DE REȚINUT

- Suplimentele sunt o industrie nereglementată care valorează miliarde de dolari pe an, iar multe companii au legături financiare cu furnizorii și influencerii care le recomandă produsele.

- Cu excepția acizilor grași Omega-3 și a vitaminei B12, majoritatea suplimentelor pentru femeile altminteri sănătoase, care nu au o deficiență nutrițională, au date de susținere slabe (vezi capitolul 11 pentru informații despre calciu și vitamina D).

- Multe suplimente sunt falsificate; acest lucru le face dificil de studiat și ridică probleme de siguranță.

- Multivitaminele sunt recomandate doar femeilor care au o capacitate redusă de absorbție a vitaminelor; alimentele rămăn cel mai bun și mai natural mod de a obține micronutrienți.

- Evită hormonii eliberați fără rețetă.

CAPITOLUL 23

Contracepția și tranziția spre menopauză

Prevenirea sarcinii și controlul menstruației

Femeile pot utiliza contracepția în timpul tranziției spre menopauză din mai multe motive: pentru a nu rămâne gravide, pentru a ține sub control afecțiunile medicale care au precedat tranziția spre menopauză (de exemplu, menstruațiile dureroase sau durerile provocate de endometrioză) și pentru a atenua simptomele supărătoare ale

tranziției spre menopauză, cum ar fi menstruațiile neregulate sau abundente. Trecerea în revistă a opțiunilor nu doar că le ajută pe femei să ia decizii bazate pe dovezi în timpul tranziției lor spre menopauză, ci cunoașterea modului în care anumite contraceptive pot ajuta în timpul tranziției spre menopauză poate modifica alegerile pe care le fac femeile la vârsta de 30 de ani sau chiar mai devreme, deoarece planificarea menopauzei ar trebui să facă parte din discuțiile despre contracepție.

Pe măsură ce femeile îmbătrânesc, este mai probabil ca ele să sufere de mai multe afecțiuni medicale care le cresc riscul apariției complicațiilor asociate anumitor forme de contracepție hormonală. Principalele riscuri relevante pentru tranziția spre menopauză vor fi discutate pe scurt, dar o prezentare completă a tuturor afecțiunilor medicale care au impact asupra siguranței contracepției depășește sfera de interes a acestei cărți. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) sunt resurse excelente pentru astfel de informații. Introdu „CDC“ sau „OMS“ și „criterii medicale de eligibilitate pentru contracepție“ în motorul de căutare ales pentru a ajunge la pagina de internet relevantă. Atât CDC, cât și OMS au aplicații gratuite cu aceleași informații detaliate despre siguranța contraceptivelor.

Chiar am nevoie de contracepție la peste 40 de ani?

Femeile care nu prezintă riscul de a rămâne însărcinate nu au nevoie de contracepție. Este vorba despre femeile care nu au parteneri bărbați, femeile care au parteneri bărbați, dar sunt abstinente din proprie inițiativă sau din cauza anumitor circumstanțe și femeile care au parteneri bărbați, iar partenerul lor a făcut o vasectomie sau este un bărbat transsexual. Femeile care nu fac parte din aceste grupuri ar trebui să se gândească la ce ar putea însemna pentru ele să rămână însărcinate. Cu alte cuvinte, cât de mult nu își doresc să rămână însărcinate?

Fiecare femeie privește riscul de sarcină în mod diferit. Femeile care ar duce mai departe o sarcină neașteptată ar trebui să știe că, în cazul mamei, complicațiile, inclusiv mortalitatea maternă, cresc odată cu vârsta, la fel și riscul apariției malformațiilor congenitale la copil. De exemplu, 1 din 20 sau 5% dintre toate sarcinile femeilor în vârstă de 45 de ani vor naște copii cu sindromul Down. Femeile care nu doresc să ducă mai departe sarcina – indiferent de motiv – ar trebui să ia în considerare disponibilitatea și costul avortului în zona în care locuiesc. La vârsta de 40 de ani, o femeie heterosexuală activă din punct de vedere sexual are aproximativ 5% șanse de a rămâne însărcinată la fiecare

ciclu menstrual. Au fost elaborate diferite modele pentru a încerca să se stabilească șansele de sarcină în funcție de vârstă și se estimează că la vârsta de 45 de ani, aproximativ 55% dintre femei nu mai sunt capabile să rămână însărcinate, la vârsta de 47 de ani, procentul este de 79%, iar la vârsta de 50 de ani este de 92%. Sarcinile fără reproducere asistată sunt neobișnuite peste vârsta de 45 de ani, dar se întâmplă. Între 50 și 55 de ani, sunt incredibil de rare. Cea mai în vârstă femeie care a conceput fără ajutorul tehnologiei reproductive este Dawn Brooke din Guernsey, Insulele Anglo-Normande, care avea 59 de ani când și-a adus pe lume fiul în 1997.

Am îngrijit mai multe femei cu vârste cuprinse între 45 și 50 de ani care credeau că cele trei luni fără menstruație reprezentau tranziția lor spre menopauză, așa că rezultatul pozitiv al testului de sarcină a fost complet neașteptat. Sarcinile după vârsta de 45 de ani sunt mai frecvente în rândul femeilor care au avut deja mai mulți copii, sugerând poate o fertilitate crescută în general. Există o veche zicală care spune că unele femei pot rămâne însărcinate și numai dacă partenerul își desface cureaua de la pantaloni. Deși este o hiperbolă, există în mod cert unele femei care, în lipsa unui cuvânt mai bun, par să fie extrem de fertile. Cu toate acestea, dacă o femeie a folosit anticoncepționale toată viața, nu va ști dacă face parte din acel grup al celor extrem de fertile sau nu.

Contracepția și tranziția spre menopauză: când te oprești?

Nicio analiză de sânge sau ecografie nu îi poate spune unei femei că nu mai are nevoie de contracepție. Unii medici sugerează testarea hormonului FSH (hormonul de stimulare foliculară, vezi capitolul 3), deoarece acesta este ridicat la menopauză. Acești medici consideră că un nivel de FSH ≥30 UI/l măsurat în două ocazii diferite la cel puțin șase până la opt săptămâni distanță și la cel puțin 14 zile de la administrarea ultimei pastile anticoncepționale/plasture/inel pentru femeile care folosesc aceste metode înseamnă că nu mai este nevoie de contracepție. Această abordare nu a fost niciodată testată în studii de amploare. Ovulația este neregulată în timpul tranziției spre menopauză, în special în intervalul de unu până la doi ani înainte de ultima menstruație, iar unele femei pot avea niveluri ale FSH specifice menopauzei timp de câteva luni și apoi pot ovula în ciclul următor. Adică, o femeie poate avea un nivel ridicat al FSH la opt săptămâni distanță, și totuși poate rămâne însărcinată. Cele mai multe societăți medicale importante descurajează folosirea acestui test, având în vedere lipsa lui de fiabilitate.

Recomandările pentru întreruperea contracepției se bazează pe vârstă și pe ultima menstruație. Pe perioada așteptării

pentru a vedea dacă ultima menstruație a fost cu adevărat ultima, se recomandă contracepția suplimentară:

- **FEMEILE SUB 50 DE ANI** continuă contracepția cam doi ani de la ultima menstruație. Chiar dacă menopauza este diagnosticată atunci când nu a mai avut loc o menstruație pe o perioadă de un an, manualele recomandă acest an în plus pentru siguranță. Există și alte motive medicale pentru care o femeie poate să nu aibă menstruație timp de doi ani, așa că în special femeile cu vârsta de 40 de ani sau puțin peste această vârstă trebuie să fie sigure că lipsa menstruației nu se datorează altei cauze decât menopauza.

- **FEMEILE DE 50 DE ANI SAU MAI MULT** continuă contracepția un an după ultima menstruație.

- **FEMEILE DE 55 ANI SAU MAI MULT** întrerup contracepția.

Aș vrea să pot spune că oprirea unei metode contraceptive un an sau doi pentru a începe Marea Așteptare Menstruală este o strategie bună, dar cred că este nepotrivită pentru multe femei. Nu toate femeile care iau anticoncepționale (sau folosesc plasturele sau inelul) vor să continue să facă acest lucru până la vârsta de 55 de ani dacă nu au nevoie de medicamente. Dozele de

estrogen sunt mai mari decât cele regăsite în tratamentul hormonal al menopauzei (THM), așa că multe femei ar putea trece mai repede la THM dacă ar ști că nu mai au nevoie de contracepție. Utilizarea prezervativelor timp de încă un an sau doi sau administrarea pilulei de a doua zi la cinci luni după ultima menstruație înseamnă cheltuieli suplimentare, inconveniente și stres.

Nu am o opțiune mai bună; vreau doar să arăt cât de neplăcute sunt lucrurile.

Dispozitivele intrauterine hormonale (DIU)

Dispozitivele intrauterine hormonale (DIU) conțin levonorgestrel, care este un progestin (vezi capitolele 17 și 18). Rata apariției sarcinii la pacientele care au un dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel (DIU-LNG) este de 0,2 până la 0,3%, astfel încât aceste dispozitive reprezintă o opțiune excelentă pentru femeile care în mod cert nu doresc să rămână însărcinate. DIU cu progestine acționează asupra mucusului uterin, făcând-l inospitalier pentru spermatozoizi – practic, ele creează un blocaj chimic al spermatozoizilor. Nu sunt abortive, ceea ce înseamnă că nu există dovezi că împiedică implantarea unui ovul fertilizat sau că perturbă o sarcină existentă.

În prezent, există patru tipuri de DIU hormonale disponibile (începând cu iulie

2020) în Statele Unite (vezi tabelul 8 de la pagina 453). Acestea variază în funcție de cantitatea de levonorgestrel, de cantitatea eliberată în fiecare zi și de durata contracepției. Două dintre aceste DIU pot fi utilizate dincolo de recomandările generale. Dacă dispozitivul Mirena este introdus la vârsta de 45 de ani sau mai târziu, este considerat eficient până la vârsta de 55 de ani, ceea ce îl face un DIU foarte popular în rândul femeilor aflate în perioada de tranziție spre menopauză.

DIU hormonale reduc volumul sângerărilor menstruale din fiecare ciclu cu peste 75%, iar 30% dintre femei nu au menstruații, astfel încât acestea sunt adesea o alegere interesantă pentru femeile cu menstruații neregulate și/sau abundente. DIU cu cea mai mică doză, Skyla, are cel mai mic impact asupra sângerărilor. Această reducere a sângerărilor/lipsa sângerărilor cu DIU-LNG este urmarea utilizării progestinului și nu este dăunătoare. Dezavantajul este reprezentat de sângerările neregulate sau de sângerările ușoare timp de cel puțin 30 de zile în timpul primelor trei luni de la inserție (50% dintre femei au sângerări neregulate timp de mai mult de 30 de zile). Acesta este un inconvenient (poți distruge o mulțime de articole de lenjerie intimă dacă nu ești pregătită), iar pentru femeile care consideră că una sau două luni de sângerări punctiforme sunt inacceptabile, DIU-LNG s-ar putea să nu fie cea mai bună opțiune. Alte beneficii ale acestor dispozitive includ

reducerea crampelor menstruale, tratarea durerilor pelviene cauzate de endometrioză (o afecțiune în care, în cavitatea pelviană, cresc țesuturi similare mucoasei uterine) și reducerea riscului apariției atât a cancerului endometrial, cât și a celui ovarian.

Mirena este dispozitivul care se remarcă cu adevărat. Nu numai că poate preveni sau trata problemele de sângerare, ci poate fi utilizat și pentru protecția endometrială în THM (vezi capitolul 18), făcând posibilă tranziția de la contracepție la THM fără probleme. Se poate începe administrarea de estrogen dacă simptomele, cum ar fi bufeurile, devin supărătoare sau când se ia decizia de a administra estrogen pentru a proteja pacienta împotriva osteoporozei. Femeilor care nu încep THM li se poate scoate DIU-ul când ajuns la vârsta de 55 de ani.

Complicațiile majore ale DIU-LNG sunt rare. Riscul ca organismul să expulzeze DIU este între 2 și 10%. Infecția apare în 1,4 cazuri din 1 000 de inserții (antibioticele nu scad riscul), iar riscul de perforare (ceea ce înseamnă că DIU trece prin uter în cavitatea abdominală și reprezintă o complicație gravă) este <0,5%.

Există unele date care sugerează că DIU-LNG ar putea crește ușor riscul apariției cancerului de sân, ceea ce înseamnă că la fiecare 7 690 de femei care folosesc această metodă, o femeie în plus va face cancer de sân. Un mic procent al femeilor pot prezenta efecte secundare precum

durerile de cap, greața, sensibilitatea sânilor și chisturile ovariene.

DIU de cupru

Acest dispozitiv este foarte eficient, căci are o rată de eșec de 0,8%. Nu conține hormoni și funcționează deoarece cuprul este toxic pentru spermatozoizi. Un singur DIU din cupru este disponibil în prezent în Statele Unite – ParaGuard sau Cu380A. Cu toate acestea, există mai multe DIU din cupru de diferite dimensiuni și forme în multe alte țări. Motivele pentru care Statele Unite au rămas atât de mult în urmă în ceea ce privește dispozitivele intrauterine din cupru ar putea fi expuse într-un capitol întreg într-o altă carte, poate în *Ghidul ginecologic al lui Gunter*, care ar putea apărea în viitor. La fel ca DIU-LNG, DIU din cupru reduce și el riscul apariției cancerului ovarian.

Paraguard este aprobat pentru o perioadă de zece ani, dar dacă este introdus la vârsta de 35 de ani sau mai târziu, se poate conta pe el pentru contracepție până la menopauză. Mai multe alte DIU din cupru sunt eficiente și după data-limită până la care sunt aprobate. DIU din cupru nu afectează ciclul menstrual, astfel încât femeile pot folosi ciclul menstrual pentru a stabili când sunt la postmenopauză. Cu excepția cazului în care există alte probleme, cel mai bine este ca dispozitivul să se lase în

corp până când femeia depășește vârsta de 50 de ani și nu mai are menstruație un an.

Există un singur dezavantaj în cazul DIU din cupru – posibilitatea unor menstruații mai abundente. Nicio femeie nu ar spune vreodată „Aș dori menstruații mai abundente, vă rog!“. Nu toate femeile au menstruații abundente și, dacă au, ele pot fi adesea ținute sub control (vezi capitolul 10 pentru informații suplimentare), dar este un aspect demn de luat în considerare în cazul femeilor care au deja menstruații abundente, deoarece acestea nu se vor ameliora odată cu inserarea unui DIU de cupru. La fel ca în cazul DIU-LNG, există riscul de a avea dureri la inserție, precum și riscul scăzut de expulzare, de infecție și de rănire a uterului la inserție.

Un DIU pare o idee bună, dar inserarea lui nu doare foarte mult?

Rezultatul mediu al durerii la inserarea DIU este de 5 pe o scară de 10 puncte (unde 0 înseamnă nicio durere, iar 10 este cea mai mare durere imaginabilă). Multe femei compară inserarea unui DIU cu durerea menstruală – acest lucru nu trebuie folosit pentru a minimiza durerea resimțită la inserare, deoarece multe femei au dureri însemnate când au crampe menstruale. Femeile care sunt îngrijorate că durerea va fi puternică, care nu au fost însărcinate anterior sau care au menstruații dureroase

sunt mai susceptibile de a simți mai multă durere la inserarea DIU. Datele mai vechi sugerau că inserarea dispozitivului Mirena era puțin mai dureroasă decât cea a dispozitivului din cupru din cauza faptului că tubul de inserție Mirena avea un diametru ușor mai mare decât Paraguard – 4,8 mm față de 4,39 mm. Cu toate acestea, Mirena are acum diametrul de 4,4 mm, astfel încât acest lucru nu mai pare a fi o problemă.

Durerea la inserarea unui DIU poate fi cauzată de mai multe lucruri, inclusiv de speculum (instrumentul introdus pe cale vaginală pentru a menține pereții vaginului despărțiți, astfel încât colul uterin să fie vizibil), de un instrument care poate fi necesar pentru a stabiliza colul uterin, de dilatarea colului uterin pentru a introduce DIU și de crampele din uter în timp ce DIU este amplasat. S-au făcut multe cercetări privind medicamentele și procedurile menite să reducă această durere și, din păcate, au fost încercate multe lucruri, dar nimic nu a avut un succes notabil. Acest lucru se întâmplă probabil pentru că există mai multe surse diferite de durere și nu există o modalitate ușoară de a trata durerea provocată de stimularea colului uterin și a uterului. Este și motivul pentru care nu există o soluție ușoară de ameliorare a durerii în timpul travaliului. Există o concepție comună conform căreia, dacă bărbaților li s-ar putea insera un DIU, ar avea nevoie de un anestezic general în sala de operație, dar o procedură comparabilă

pentru un bărbat este o cistoscopie (examinarea vezicii urinare cu ajutorul unui tub rigid), iar această procedură este efectuată în clinică, fără spitalizare, similar celei prin care se inserează unui DIU. Acest lucru nu înseamnă că este acceptabil ca femeile să fie supuse unor proceduri dureroase doar pentru că și bărbații pot avea parte de experiențe similare, ci mai degrabă vreau să subliniez faptul că, pentru această procedură comparabilă, nici în cazul bărbaților nu există soluții mai bune de ameliorare a durerii decât există pentru femei.

Cel mai bine este să discuți cu medicul tău despre durere înainte de procedură, astfel încât să știi la ce să te aștepți și să existe un plan. Deoarece anticiparea durerii poate crește durerea, respiră adânc de câteva ori, spune-ți câteva afirmații și reamintește-ți că, dacă rezultatul mediu al durerii este 5, înseamnă că 50% dintre femei au rezultate ale durerii de 5 sau mai mici și că majoritatea femeilor care au un DIU ar recomanda unei prietene să folosească și ea unul. Medicamentele pentru durere administrate pe cale orală cu aproximativ 30 de minute înainte de procedură pot ajuta unele femei. S-au încercat diverse medicamente anestezice pentru colul uterin, care le-ar putea ajuta puțin pe unele femei, dar rezultatele acestor studii nu sunt convingătoare. O altă opțiune este sedarea, adică medicația intravenoasă pentru a reduce durerea. La urma urmei, nu degeaba

există anestezia modernă. Acest lucru mărește costurile procedurii pentru multe femei, diminuează confortul, deoarece sedarea necesită o cameră specială și echipament de monitorizare sau, eventual, chiar o sală de operație, iar anestezia prezintă un oarecare risc, chiar dacă foarte mic, de apariție a complicațiilor, dar pentru unele femei aceasta poate fi cea mai bună opțiune. Fiecare persoană are un raport risc–beneficiu diferit, adică gradul de durere pe care îl poate tolera comparativ cu inconvenientul de a avea nevoie de cineva care să o conducă acasă după o anestezie făcută pentru inserarea unui DIU. Nu este nimic în neregulă în a avea nevoie de un control mai bun al durerii.

Fiecare persoană știe cel mai bine cât de mult are nevoie să își controleze durerea. Existența mai multor opțiuni permite o alegere mai informată. Problema este că un control mai mare al durerii poate însemna costuri mai mari și, din nefericire, multor femei nu li se oferă aceste opțiuni.

Contracepția hormonală combinată

Este denumită în mod obișnuit „Pilula“. Contracepția hormonală combinată înseamnă un estrogen, de obicei etinilestradiol, luat *împreună* cu un progestin. Este disponibilă sub formă de pilulă, de plasture sau de inel vaginal și acționează

prin susținerea ovulației și prin faptul că face mucusul cervical ostil.

Anticoncepționalele cu conținut de estrogen au între 10 și 35 mcg de etinilestradiol per pilulă. În trecut, anticoncepționalele conțineau 50 mcg, dar acestea nu mai sunt de uz general. În prezent, există un tip de anticoncepționale care conțin valerat de estradiol. Există mai mulți progestogeni diferiți în uz și, cu excepția desogesterelului (vezi în continuare), toți sunt foarte asemănători. Plasturele și inelul conțin etinilestradiol, dar plasturele are progestinul norelgestromin, iar inelul are progestinul etonogestrel.

Nivelul tipic de eșec în cazul contracepției hormonale combinate la femeile cu vârsta mai mică de 45 de ani este de 9%, dar este de 0,3% atunci când este folosită exact conform instrucțiunilor. Această diferență între utilizarea tipică și cea ideală reflectă faptul că a ține minte să iei o pastilă în fiecare zi sau să schimbi un plasture ori un inel poate fi dificil pentru o mulțime de persoane (chiar și pentru unii obstetricieni/ginecologi). În timpul tranziției spre menopauză, rata de eșec a acestor metode scade pe măsură ce scade fertilitatea. Practic, dacă o femeie de 47 de ani omite două pilule, este mult mai puțin probabil să ovuleze în timpul acelei ferestre decât o tânără de 27 de ani.

Contracepția combinată are unele avantaje clare în timpul tranziției spre menopauză:

- **CONTROLUL SÂNGERĂRILOR ANORMALE:** Reglarea menstruațiilor și reducerea cantității de sânge menstrual. Medicamentul poate fi utilizat în mod continuu, ceea ce înseamnă că nu există placebo sau săptămâni de întrerupere, iar menstruația multor femei va fi complet oprită. Acest lucru nu este dăunător, ci înseamnă că mucoasa uterului este subțire din cauza hormonilor și, deoarece nu există întreruperea unui progestogen, nu apare niciun factor declanșator al sângerărilor.

- **PREVENIREA SIMPTOMELOR MENOPAUZEI:** se produce prin intermediul estrogenului.

- **PROTECȚIA OASELOR:** Estrogenul întârzie pierderea de țesut osos legată de menopauză și poate fi de ajutor pentru femeile cu risc mai mare de a face osteoporoză.

- **REDUCE RATA CANCERULUI OVARIAN ȘI A CANCERULUI ENDOMETRIAL:** Este în mod cert un câștig.

Există unele riscuri legate de contracepția combinată, iar multe dintre ele cresc odată cu vârsta, așa că este important să te asiguri că aceste medicamente sunt adecvate în cazul tău:

- **EFECTELE CARDIOVASCULARE:** Estrogenul crește riscul de formare a cheagurilor de sânge, de accident vascular cerebral și de atac de cord (vezi figura 20). Printre factorii care cresc riscul acestor complicații se numără vârsta, fumatul, hipertensiunea arterială și antecedentele de migrene. Femeile care nu fumează și care nu au afecțiuni care le cresc riscul de accident vascular cerebral sau atac de cord pot folosi, în general, contracepția hormonală combinată până la vârsta de 50 sau 55 de ani.
- **DEPRESIA:** Au existat destul de multe cercetări în acest domeniu, astfel încât îngrijorările exprimate de femei au fost evaluate. Cel mai amplu studiu privind depresia și contracepția hormonală, realizat în 2016, a sugerat o mică legătură între administrarea anticoncepționalelor și apariția depresiei la adolescente (un caz în plus de depresie la fiecare 200 de adolescente cărora li s-au prescris anticoncepționale, pentru că adolescentele se confruntă și cu un risc mai mare de depresie postpartum), dar nu a existat niciun impact al contracepției hormonale asupra depresiei la

pacientele adulte. Unele studii au arătat chiar că contracepția hormonală îmbunătățește starea de spirit. Este important să recunoaștem că unele femei relatează o schimbare a stării de spirit în timpul tratamentului cu anticoncepționale, dar nu se știe dacă există un grup mic care este deosebit de vulnerabil, dacă asocierea negativă a stării de spirit și a contracepției reprezintă o deformare a memoriei (să privești în urmă și să încerci să faci legătura între ceea ce se întâmplă și un anumit proces) sau dacă unele femei au si alti factori de risc pentru depresie care sunt asociați cu începerea tratamentului cu anticoncepționale, dar care nu sunt provocați de acestea (de exemplu, tranziția spre menopauză, acneea sau un nou partener sexual). Antecedentele de depresie sau faptul de a lua antidepresive nu reprezintă o contraindicație pentru a începe administrarea anticoncepționalelor, dar dacă o femeie observă schimbări îngrijorătoare ale stării sale de spirit, atunci, evident, trebuie să discute acest lucru cu medicii.

- **CANCERUL DE SÂN:** Există unele date care sugerează o creștere foarte mică a riscului pentru femeile care sunt în prezent utilizatoare de contracepție hormonală combinată, dar multe dintre aceste studii au o serie de limitări. În general, riscul de apariție a cancerului de sân este de cel mult un caz în plus la fiecare 7 690 de femei (la fel ca în cazul DIU hormonal). Femeile care au avut cancer de sân nu ar trebui să utilizeze nicio formă de contracepție hormonală.

Alte sfaturi despre contracepția hormonală combinată:

- **ÎNCEARCĂ CEA MAI MICĂ DOZĂ EFICIENTĂ DE ESTROGEN:** Deși nu există date fiabile care să sugereze că o pilulă care conține 10–20 mcg de estrogen este mai sigură decât una de 35 mcg, multe femei preferă să ia cea mai mică doză atunci când este posibil. Deoarece recomandarea pentru THM este de a lua cea mai mică doză, pare logic să aplicăm același principiu și în cazul estrogenului din contracepție. Există o singură

doză în cazul plasturelui și inelului.

	RISCUL FORMĂRII CHEAGURILOR DE SĂNGE*
Risc de referință	1–5/10 000 femei pe an
Terapia orală MHT	8–9/10 000 femei pe an
Contracepție care conține estrogeni	3–15/10 000 femei pe an
Sarcină	5–20/10 000 femei per sarcină
Postpartum	40–65/10 000 femei la fiecare 12 săptămâni

* Pe măsură ce riscul crește treptat în timp, femeile cu vârste cuprinse între 40 și 45 de ani se află de obicei la capătul superior al fiecărei categorii de risc.

Figura 20: Riscul de formare a cheagurilor de sânge în cazul contracepției hormonale, al THM și al sarcinii

- **BUFEURI ÎN TIMPUL SĂPTĂMÂNII ÎN CARE SE IAU PILULE PLACEBO:** la pilula în fiecare zi, astfel încât să nu existe un interval fără hormoni.

- **MINIMIZEAZĂ RISCURILE DE FORMARE A CHEAGURILOR DE SÂNGE:** Unele date sugerează că aceste riscuri pot fi ușor mai mari în cazul anticoncepționalelor care conțin hormonul drospirenonă și al plasturelui. Atunci când nu există niciun motiv necesar pentru folosirea acestor produse, poate fi mai bine să le eviți.

- **ANTICONCEPȚIONALELE NU CAUZEAZĂ CREȘTEREA ÎN GREUTATE**: Acesta este un mit destul de răspândit și le poate determina pe unele femei să respingă această metodă, dar există multiple studii care nu au găsit nicio legătură. Femeile care iau anticoncepționale au fost comparate cu cele care au ales un DIU din cupru, iar creșterea în greutate a fost mică, dar egală în ambele grupuri. Cum și femeile care au ales un DIU de cupru au luat la fel de mult în greutate, cauza nu puteau fi hormonii. Este posibil ca o cauză a creșterii în greutate să fie schimbările din viața de zi cu zi care le determină pe femei să aleagă contracepția, cum ar fi o schimbare în relație.

Anticoncepționalele care conțin doar progestin

Aceste anticoncepționale conțin doar un progestin, astfel încât nu cresc tensiunea arterială și nu prezintă riscul ușor crescut de formare a cheagurilor de sânge, de accident vascular cerebral și de atac de cord observat în cazul anticoncepționalelor care conțin estrogen. Există un singur tip de anticoncepționale care conțin doar un progestin (AP) pe piața din Statele Unite și

Canada (începând cu iulie 2020), iar acestea au în compoziție noretindronă.

Spre deosebire de anticoncepționalele orale combinate, mecanismul principal de acțiune este mucusul cervical ostil, la fel ca în cazul DIU cu progestin (mucusul cervical ostil ar fi un nume grozav pentru o trupă punk). Aproximativ 40% dintre ciclurile care au loc atunci când se administrează anticoncepționalele cu noretindronă sunt ovulatorii.

Rata tipică de eșec a anticoncepționalelor care conțin numai un progestin este de 9%, dar rata de eșec este <1% în cazul femeilor de peste 40 de ani, probabil din cauza scăderii fertilității.

Anticoncepționalele care conțin un progestin au o marjă de eroare mică; de exemplu, acestea trebuie luate în interval de trei ore față de aceeași oră în fiecare zi pentru o eficacitate optimă. Scăderea fertilității odată cu vârsta oferă probabil o protecție suplimentară. Există un AP mai nou disponibil în Europa și în alte țări, care conține progestinul desogestrel. Un nume de marcă este Cerazette. Avantajul acestei formule este că are o fereastră de 12 ore pentru administrarea pilulei în fiecare zi și este eficientă în blocarea ovulației, reducând rata de eșec.

AP este în general foarte sigur, deși, pentru unele femei cu boli cardiovasculare sau cu antecedente de accident vascular cerebral, riscurile pot depăși beneficiile,

astfel încât, dacă aceste afecțiuni sunt prezente, pentru a stabili dacă un AP este sigur, este necesară consultarea unui medic. Nu există o limită de vârstă specifică pentru anticoncepționalele care conțin doar un progestin, astfel încât acestea sunt o alegere potrivită pentru femeile care preferă anticoncepționalele orale, dar pentru care estrogenul este contraindicat.

La administrarea AP, pot apărea unele simptome ale menopauzei, cum ar fi bufeurile, dar uneori progestinele pot ajuta, astfel încât imaginea de ansamblu poate fi derutantă. AP poate fi util în cazul menstruațiilor abundente sau neregulate din timpul tranziției spre menopauză, dar, în general, este mai puțin eficient în controlul menstruației decât soluțiile care conțin și estrogen.

Contracepția hormonală injectabilă

Acetatul de medroxiprogesteron depozit sau DMPA este un progestin cunoscut și sub numele de marcă DepoProvera. Este un contraceptiv injectabil administrat la fiecare 12 săptămâni, cu o rată de apariție a sarcinii de 3%. DMPA poate fi un tratament eficient pentru sângerările menstruale abundente, deoarece 50% dintre femeile care îl folosesc timp de un an sau mai mult nu mai au menstruații. Cu toate acestea, o problemă cu DMPA pe măsură ce femeile îmbătrânesc este un potențial efect asupra densității

osoase, iar în Statele Unite, prospectul produsului conține un avertisment de tip casetă, care precizează că utilizarea prelungită este asociată cu o reducere a densității osoase care poate să nu fie complet reversibilă. Avertismentul precizează și că DMPA trebuie utilizat pentru o perioadă mai mare de doi ani numai în cazul în care nu există o altă formă de contracepție adecvată. Acest lucru are la bază un studiu restrâns privitor la adolescente și sănătatea oaselor.

OMS a revizuit datele privind DMPA și densitatea osoasă și a conchis că nu ar trebui să existe restricții pentru femeile cu vârste cuprinse între 18 și 45 de ani. La vârsta de 45 de ani sau mai mult, se consideră că beneficiile DMPA depășesc riscul potențial de pierdere a masei osoase, dar trebuie să recunoaștem că nu există prea multe date privind pierderea și recuperarea acesteia la femeile aflate în perioada de tranziție spre menopauză. Femeile cu risc mai mare de apariție a osteoporozei vor trebui să pună în balanță un potențial impact negativ asupra oaselor cu alte beneficii ale DMPA. Pentru a oferi o oarecare perspectivă, sarcina și alăptarea conduc și ele la pierderea de țesut osos, dar aceasta este reversibilă.

DMPA poate crește riscul apariției bolilor cardiovasculare și a accidentelor vasculare cerebrale în unele cazuri, astfel încât femeile cu tensiune arterială ridicată care nu este controlată prin medicație sau cu alți factori

de risc pentru bolile de inimă vor trebui să aibă o discuție aprofundată cu medicul lor pentru a stabili dacă DMPA este sigur pentru ele. DMPA este asociat în medie cu o creștere în greutate de 2 kilograme. Multe persoane cred în mod eronat că depresia este un efect secundar comun al DMPA; cu toate acestea, studiile nu au dovedit această legătură și, prin urmare, la fel ca în cazul pilulei, plasturelui și inelului, depresia nu este o contraindicație pentru începerea tratamentului. Dacă o anumită femeie simte că metoda aceasta îi afectează sănătatea mintală, atunci bineînțeles că ar trebui să renunțe la ea.

Implantul cu etonogestrel

Cea mai eficientă formă de contracepție este implantul unei tije care conține etonogestrel, un progestin cu denumirea comercială Nexplanon. Acesta are o rată de eșec de 0,01% și este aprobat pentru o perioadă de 3 ani, dar este eficient 5 ani. Sângerările neregulate cauzate de implant, în special în primul an de utilizare, sunt frecvente. În general, nu este o opțiune la fel de bună pentru controlul menstruațiilor neregulate ca alte metode hormonale. Nu este asociat cu pierderea de masă osoasă sau cu complicațiile cardiovasculare, ca DMPA.

Sterilizarea

Vasectomia la bărbați și sterilizarea la femei sunt forme de contracepție ireversibile. Vasectomia este cea mai sigură metodă, dar nu este o opțiune în cazul tuturor femeilor, fie din cauza lipsei unui partener obișnuit, fie pentru că are mai mulți parteneri sau pentru că partenerul nu dorește să facă o vasectomie. Conversațiile cu un cuplu în care bărbatul refuză să facă o vasectomie în timp ce partenera sa a suportat toate schimbările fizice care vin odată cu sarcina sunt întotdeauna descurajante. Având în vedere cât de puține cupluri apelează la prezervative pe termen lung, majoritatea femeilor poartă singure povara contracepției pe durata relațiilor heterosexuale și, sincer, este timpul ca bărbații să facă și ei ceva. Rata de eșec în cazul unei vasectomii este de 0,15%.

Legarea (ligatura) trompelor uterine este cea mai populară metodă de contracepție permanentă. Ratele variază considerabil în funcție de țară. În Statele Unite, legarea trompelor este a cincea cea mai frecventă procedură chirurgicală, iar ratele sunt mult mai mari decât în Europa.

Sterilizarea femeilor este, de asemenea, o metodă foarte populară în India, Columbia și El Salvador. Numărul eșecurilor este <0,5%. Procedura necesită administrarea unui anestezic general, ceea ce reprezintă unul dintre principalele dezavantaje,

deoarece acest lucru crește riscul, costurile și necesită resurse suplimentare. Celălalt aspect este că necesită pătrunderea pe cale chirurgicală în abdomen, astfel încât există un risc – chiar dacă mic – de a leza din greșeală alte organe sau vase de sânge importante. Riscul unei complicații majore este <1%.

Legarea trompelor se face cel mai frecvent prin laparoscopie (telescop operator), de obicei prin două incizii mici, dar poate fi efectuată și imediat după naștere, cu o incizie sub buric (ligatura trompelor postpartum). Prin laparoscopie, opțiunile sunt îndepărtarea întregii trompe sau folosirea unor cleme permanente pentru a bloca trompa (îndepărtarea trompei scade riscul de a face cancer ovarian cu 50%). Din punct de vedere tehnic, este mai dificil să îndepărtezi trompele imediat după naștere, așa că, în cazul ligaturii trompelor postpartum, în schimb, trompele uterine sunt legate sau tăiate.

Unele femei semnalează modificări ale ciclului menstrual după legarea trompelor, un așa-numit sindrom postligatura trompelor, dar studiile nu au identificat această asociere, iar legarea trompelor nu influențează vârsta menopauzei naturale. Schimbarea menstruațiilor după această procedură se poate datora faptului că, în urma ei, multe femei renunță la pilulele contraceptive care conțin estrogen și, fără controlul ciclului asigurat de pilulă, apare tiparul lor menstrual – menstruațiile

neregulate. Să nu uităm că tranziția spre menopauză reprezintă momentul în care menstruațiile devin anormale, așa că este de așteptat să apară neregularități menstruale la câțiva ani de la legarea trompelor, în preajma vârstei de 40 de ani. O femeie care ia în calcul legarea trompelor uterine trebuie să se gândească cum s-ar simți dacă ar apărea menstruațiile abundente și/sau neregulate mai târziu – sau chiar la câțiva ani de la operație –, iar tratamentul recomandat ar fi contracepția hormonală. Dacă acest lucru ar deranja-o, atunci și-ar putea reconsidera opțiunile.

Prezervativele

Atât prezervativele masculine, cât și cele feminine (denumite și prezervative interne) sunt opțiuni excelente. Prezervativul masculin are o rată de eșec de 13%, iar cel feminin de 21% pe parcursul unui an. Prezervativele protejează, de asemenea, împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS), care sunt în creștere în rândul *tuturor* categoriilor de vârstă. Cazurile de infectare cu chlamydia aproape că s-au dublat în rândul adulților cu vârste cuprinse între 55 și 64 de ani, iar nivelul de infectare cu trichomonas la femeile de peste 40 de ani este mai mare decât în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 25 și 39 de ani. Motivele sunt complexe. Mulți oameni presupun în mod eronat că ITS nu mai

constituie o preocupare după vârsta de 40 de ani. Nivelurile mai scăzute de estrogen din vagin la 40 de ani și după această vârstă pot crește riscul de a contracta unele ITS. Persoanele care au avut o relație de lungă durată și care încep o relație cu un nou partener pot subestima riscul contractării unei ITS, se pot simți inconfortabil să cumpere prezervative sau nu sunt familiarizate cu procedura de utilizare a acestora. (Nu este deplasat să vii cu propriul prezervativ și nici nepoliticos să insiști să fie folosit; în plus, chiar crezi că cineva căruia nu-i pasă de sănătatea ta va fi vreun pic interesat de orgasmul tău?)

Disfuncția erectilă sau DE la bărbați crește odată cu vârsta – la 40 de ani, aproximativ 40% dintre bărbați au un anumit grad de disfuncție erectilă și aceasta crește cu 10% în fiecare deceniu (deci 50% la vârsta de 50 de ani, 60% la 70 de ani și așa mai departe). Mulți bărbați cu disfuncție erectilă nu sunt capabili să folosească un prezervativ masculin. Într-un studiu, 46% dintre bărbații heterosexuali cu vârsta de 50 de ani sau mai mult au declarat că folosirea unui prezervativ ar putea conduce la pierderea erecției. O modalitate bună de a ocoli preocupările legate de prezervativ apărute odată cu înaintarea în vârstă, pe lângă conversația directă despre așteptări și siguranță, precum și căutarea unui tratament pentru DE, este prezervativul feminin. Aceste prezervative se introduc pe cale vaginală și sunt independente de

erecție. Un prezervativ feminin poate fi, de asemenea, utilizat pe cale anală.

Prezervativele protejează ecosistemul vaginal și mai multe studii arată că acestea reduc incidența vaginozei bacteriene, care este o perturbare a ecosistemului vaginal ce are ca rezultat scurgeri, iritații și miros. Vaginoza bacteriană crește și riscul de a contracta multe ITS, cum ar fi HIV sau gonoree, dacă femeia este expusă.

Gelul contraceptiv

Există pe piață un nou gel contraceptiv numit Phexxi – rimează cu „sexy“. Femeile introduc un aplicator cu acest gel înainte de actul sexual. Gelul este acid și împiedică sperma să crească temporar pH-ul vaginului (ceea ce ar permite spermatozoizilor să fie apți să avanseze până la colul uterin și să ajungă în uter).

Fără asigurare, o cutie de douăsprezece aplicatoare Phexxi costă în Statele Unite între 250 și 275 de dolari. „Sigur că tipul ăsta e drăguț, dar merită un Phexxi?“ ar putea înlocui meme-ul cu „Merită buretele lui Elaine Benes“ din serialul *Seinfeld*. Lăsând gluma la o parte, este minunat să avem un alt contraceptiv la cerere care este controlat de femei. Phexxi are o rată de eșec de aproximativ 27% pe parcursul unui an, deci mai mare decât cea a prezervativelor. În studiul inițial, aproximativ 18% dintre femei au simțit arsuri vaginale sau vulvare și acest

produs nu ar trebui să fie folosit de cele cu infecții urinare recurente.

Contracepția postcoitală

Există două medicamente administrate pe cale orală pentru contracepția postcoitală, denumite în mod obișnuit „pilula de a doua zi“: 1,5 mg de levonorgestrel (un progestin care a fost comercializat sub numele Plan B) și 30 mg de acetat de ulipristal (un medicament care blochează progesteronul, sub denumirea comercială Ella). Ambele metode acționează prin întârzierea sau inhibarea ovulației suficient de mult timp pentru ca spermatozoizii să moară. Metoda cu levonorgestrel întârzie/inhibă ovulația aplicată două zile, iar metoda cu ulipristal, cinci zile. Aceste diferențe, precum și faptul că ulipristalul poate fi mai puțin influențat de greutatea corporală, explică probabil de ce ulipristalul este mai eficient. DIU din cupru este și o excelentă metodă contraceptivă de urgență, deoarece este toxic imediat pentru spermatozoizi, iar răspunsul inflamator

poate afecta și calitatea ovulelor. Este cea mai eficientă metodă.

METODĂ	ZILE DUPĂ CONTACTUL SEXUAL	RISC DE SARCINĂ	ACCES	INFLUENȚA DE GREUTA
Niciuna (ca referință)	Nu este cazul	10%*	Nu este cazul	Nu este caz
Levonorgestrel	În decurs de 72 de ore	2,2%	Eliberat fără rețetă în Statele Unite, Canada, Marea Britanie, Australia și multe alte țări	Mai puțin eficient pen IMC ≥25
Ulipristal	Până la 5 zile	1,4%	Eliberat pe bază de rețetă în Statele Unite și Canada, fără rețetă în multe alte țări	Mai puțin eficient pen IMC ≥30
DIU din cupru	Până la 5 zile, unele studii sugerează până la 10 zile	0,1%	Necesită vizita la medic	Nu

* Șanse de concepție în cea mai fertilă zi a ciclului.

Figura 21: Contracepția postcoitală

Să ai la îndemână un pachet de contracepție postcoitală este o strategie excelentă pentru femeile care folosesc orice

metodă susceptibilă de a fi folosită greșit (gândește-te la pilule, plasture, inel, injecție, prezervative etc.), precum și pentru cele care nu cred că au nevoie de contracepție și apoi se răzgândesc. Să ai 44 de ani, să ai transpirații reci în ciuda căldurii sufocante și să trebuiască să sprintezi până la cea mai apropiată farmacie de pe Las Vegas Strip nu este o experiență amuzantă. #DoarZic #AmTrecutȘiEuPrinAsta.

Metodele bazate pe cunoașterea fertilității

Metodele bazate pe cunoașterea fertilității (MBCF) sunt adesea cunoscute sub numele de „planificare familială naturală“ (PFN) sau „metoda ritmului“. Acestea cuprind o varietate de metode care urmăresc indicatorii biologici, cum ar fi durata ciclului menstrual, mucusul cervical, temperatura corpului, poziția colului uterin și nivelul hormonilor urinari, pentru a prezice intervalele fertile în care concepția are cele mai mari șanse de a se produce. Pentru a evita sarcina în timpul intervalului fertil, se recurge la abstinență sau o altă metodă. Ratele de eșec variază între 2 și 34%, deși multe dintre aceste metode nu au fost testate în mod adecvat. Efortul de urmărire a diverșilor indicatori biologici, imprevizibilitatea acestora la unele femei și necesitatea unei abstinențe periodice sau a

unei metode contraceptive de rezervă contribuie la rata de eșec.

Neregularitatea ciclului menstrual și fluctuația nivelurilor hormonale din perioada de tranziție spre menopauză pot face dificilă urmărirea acestor markeri biologici. Există un singur studiu realizat pe 160 de femei cu vârste cuprinse între 40 și 55 de ani care au folosit MBCF – rata graviditățiia a fost de 6 din 100 de femei pe an sau 6%. Nu a existat nicio sarcină la femeile cu vârsta de 44 de ani sau mai mult, dar, având în vedere numărul mic de participante la studiu, nu este posibil să se știe dacă acest lucru se datorează pur și simplu numărului mai mic de sarcini la această vârstă sau eficacității metodei. Prin urmare, nu se pot trage concluzii.

DE REȚINUT

- Femeile ar trebui să se considere capabile să conceapă până când vor fi trecut doi ani fără menstruație dacă au mai puțin de 50 de ani, sau un an fără menstruație pentru cele care au 50 de ani sau mai mult.

- Atunci când este introdus la vârsta de 45 de ani sau mai mult, DIU Mirena este o metodă contraceptivă foarte eficientă pânâ la vârsta de 55 de ani și poate face tranziția de la contracepție la progestinul din THM.

- Un DIU din cupru inserat la vârsta de 35 de ani sau mai mult este eficient până la menopauză.

- Un contraceptiv administrat oral care conține doze mici de estrogen poate fi utilizat de multe femei până la vârsta de 55 de ani și poate

ameliora multe simptome ale tranziției spre menopauză.

- Contracepția la cerere, prezervativele (atât cele masculine, cât și cele feminine), gelul contraceptiv și contracepția postcoitală sunt, de asemenea, opțiuni excelente.

PARTEA A PATRA

Preia conducerea schimbării

CAPITOLUL 24

Bun-venit la „menopetrecerea“ mea

Cum abordează o ginecologă menopauza

Cât timp am scris această carte, m-am gândit adesea la mama, ceea ce, având în vedere relația noastră îngrozitoare, mi s-a părut ciudat. Multe femei apelează la mamele lor, uneori pentru a obține informații sau sfaturi, dar totodată le percep ca pe o oglindă pe care o pot folosi pentru ghicit – ceea ce au trăit mamele lor le prevestește sau nu propriul viitor? Însă eu am vrut să fiu exact opusul mamei mele și, cum nu am discutat niciodată despre nimic legat de sănătatea reproductivă – nu-i plăcea că sunt ginecologă și se întreba dacă nu cumva, în schimb, aș putea să fac ceva bun pentru sănătatea femeilor, să fiu radiologă și să analizez mamografii –, m-am întrebat de ce

mă tot face această carte să mă gândesc la trecut. Era vorba despre mult mai mult decât osteoporoza ei.

Am început să mă gândesc mai mult la vremea când era în perioada de tranziție spre menopauză, pe care am descris-o anterior ca fiind vulcanică. Schimbările ei de dispoziție, furia și cruzimea manifestate față de mine în acea perioadă sunt dureroase chiar și astăzi. Mama a suferit de depresie toată viața ei și a făcut o formă de depresie postpartum gravă după ce m-am născut, așa că, din punct de vedere biologic, e plauzibil ca ea să fi suferit mai mult la capitolul sănătate mintală în timpul tranziției sale spre menopauză. Acest lucru nu îi scuză cruzimea, dar mă face să am mai multă empatie față de ea decât credeam că sunt capabilă. Nu a avut cu cine să discute despre simptomele ei și chiar dacă în anii 1970 erau disponibili unii hormoni și ar fi putut-o ajuta, aceștia nu i-au fost oferiți.

Familia ei locuia în Anglia și nu avea prieteni apropiați. În timp ce scriam această carte, m-am gândit adesea la cât de singură trebuie să se fi simțit în timp ce corpul ei se schimba și cât trebuie să se fi temut că negura care a învăluit-o după nașterea mea avea să o învăluie din nou în orice moment.

Din atât de multe puncte de vedere, menopauza este o chestiune de perspectivă.

Eu mi-am început tranziția spre menopauză în jurul vârstei de 45 de ani. Am fost sincer surprinsă că s-a întâmplat atât de târziu, pentru că mama se afla deja la

menopauză la vârsta aceea. Am pus asta pe seama faptului că nu am fumat și am luat mult timp pilula contraceptivă. Dar cine știe? Ultima perioadă cu menstruații a fost la vârsta de 50 de ani, una foarte obișnuită pentru asta. Am avut puține bufeuri, mai ales noaptea, până cu aproximativ un an înainte de ultima menstruație, când acestea au devenit rapid deranjante. Am încercat să găsesc soluții creative, îmbrăcându-mă cu straturi de haine, pe care să le pot da jos la nevoie, dar atunci când aveam bufeuri, asta nu a reușit decât să mă facă un pic mai puțin nervoasă.

La fel ca în cazul multor femei, bufeurile și transpirațiile nocturne au fost mai puternice în lunile de vară. De fapt, nu am avut de mult atâtea bufeuri și atât de puternice cum am avut vara aceasta, care a fost extrem de călduroasă. Am tot apăsat pe plasturele cu estrogen pentru a vedea dacă asta m-ar putea ajuta, dar nu așa funcționează (estrogenul se absoarbe încet), așa că a fost la fel de eficient ca apăsarea butonului semaforului de la trecerea pentru pietoni.

O observație interesantă pe care am făcut-o în legătură cu bufeurile este că nu par să mă apuce când sunt afară, nici măcar atunci când este cald. Nu am niciodată bufeuri când alerg sau când merg pe bicicletă, chiar dacă sunt încălzită și transpirată. Mă întreb dacă nu cumva le am și nu sunt conștientă de ele sau dacă într-adevăr acest lucru se întâmplă mai rar. Mă

întreb, de asemenea, dacă și altor femei li se întâmplă asta și dacă ar putea fi o explicație pentru variațiile în privința bufeurilor. S-ar putea să fie doar vina mea și a „termostatului“ meu ciudat – așa e la menopauză. De asemenea, odată cu bufeurile, simt că mă ia greața, lucru despre care încă nu am citit nicăieri. Uneori, când mă apucă bufeurile, mă simt de parcă aș fi băut prea mult și trebuie să mă duc să dau la boboci. Credeam că sunt singura care pățește asta, dar odată ce am menționat acest lucru într-o postare pe blog în urmă cu câțiva ani, mai multe femei mi-au trimis mesaje pentru a-mi spune că și ele credeau că sunt singurele.

Pe măsură ce această carte a început să prindă contur, m-am întrebat oare câte alte asemenea întrebări nu au fost puse pentru că, de atâta timp, femeile care se confruntă cu menopauza și care sunt cele mai în măsură să declare ce se întâmplă nu au avut un cuvânt de spus în fața medicilor. Da, pentru că să vorbești despre menopauză a fost dintotdeauna considerat nepoliticos ori un subiect tabu, înseamnă că vrei să atragi atenția asupra faptului că îmbătrânești. Patriarhatul controlează menopauza de prea mult timp, cerându-ne să păstrăm tăcerea, iar atunci când vorbim, bărbații controlează chiar și cuvintele pe care le folosim – și continuăm să plătim prețul pentru asta.

Sunt adesea întrebată de ce am început să iau hormoni și mă fascinează cât de secretă pare această decizie. Îmi amintesc

că i-am spus unei reportere că urmez un tratament hormonal al menopauzei, iar ea a oftat, de parcă tocmai îi spusesem că am făcut sex pe acoperișul de la British Museum cu un tip sexy pe care tocmai îl cunoscusem într-un club din Londra și al cărui nume nu-l știam. Poate că reacția ei a fost o reflexie a scăderii semnificative a numărului de femei care folosesc tratamentul hormonal al menopauzei (THM), dar cred că și ideea falsă că estrogenul este o modalitate periculoasă de a invoca tinerețea a jucat un oarecare rol.

În acest punct al conversației, îi reamintesc persoanei care mi-a pus întrebarea că estrogenul este doar un medicament și apoi aduc în discuție raportul risc–beneficiu. Am făcut aluzie la el pe parcursul cărții, dar merită menționat din nou, deoarece consider că acest concept este explicat incorect și este foarte important. Prin raportul risc–beneficiu mă refer la riscul pe care suntem dispuse să îl tolerăm în schimbul șansei de a avea un beneficiu, iar asta variază de la o persoană la alta. Eu nu aș face niciodată parașutism; nu există niciun beneficiu pe care l-aș putea obține din această activitate care să contracareze orice risc, deoarece urăsc înălțimile. De fapt, mă simt ușor inconfortabil chiar și acum, când mă imaginez sărind dintr-un avion. Așadar, neexistând niciun beneficiu posibil, nu am nevoie să iau în considerare riscul. Dar alții, care doresc senzații tari, pot gândi diferit.

Cei care au o bună înțelegere a siguranței parașutei probabil consideră că riscul este mult mai mic decât consider eu, o necunoscătoare speriată.

Când iei în considerare riscul, cred că este important să te gândești cum te-ai putea simți dacă ai avea acel efect secundar advers. Cei mai mulți dintre noi iau în considerare mai mult aspectele pozitive decât pe cele negative. Cu toate acestea, chiar și un risc scăzut, de exemplu 1 la 10 000, nu este un risc 0, așa că, atunci când discut despre risc cu pacientele mele, le întreb întotdeauna cum s-ar simți dacă ar prezenta ele însele complicația respectivă.

Femeile merită medicamente sigure, dar riscurile în intervalul 1/10 000 – 1/100 000 pe an nu pot fi prevenite. Raritatea acestor evenimente înseamnă că sunt aproape imposibil de identificat în studiile utilizate pentru aprobarea medicamentelor. Acesta este un motiv important pentru care Food and Drug Administration (FDA) solicită supravegherea după introducerea pe piață, ceea ce implică studii mai ample după ce medicamentul este aprobat, pentru a identifica semnalele privind riscurile omise în studiile inițiale. Este important să punem aceste riscuri rare în perspectivă și să discutăm despre consecințele neutilizării unui medicament. O analiză sugerează că este posibil ca un număr cuprins între 18 000 și 91 000 de femei să fi murit prematur pentru că medicul sau ele însele s-au temut

de estrogen în cei zece ani scurși de la publicarea studiului WHI.

Ținând cont de vârsta timpurie la care mama a făcut osteoporoză și de gravitatea afecțiunii, estrogenul părea a fi o opțiune pentru mine. Am decis că, dacă aș fi suferit o fractură și nu aș fi început niciodată THM, nu m-aș fi iertat niciodată. Am analizat riscul mic de apariție a cancerului de sân și am decis că este unul pe care merită să mi-l asum.

Am ales estradiolul administrat transdermic, deoarece este în mod clar câștigător din punct de vedere al siguranței. Asta nu înseamnă că medicamentele orale nu sunt sigure, dar atunci când nu există niciun motiv concurent care să ne determine să alegem terapia orală, de ce să ne asumăm riscul crescut de formare a cheagurilor de sânge în cazul acestui tip de tratament, oricât de mic ar fi acesta? Folosesc un plasture care se schimbă de două ori pe săptămână (la mine, plasturele săptămânal pur și simplu nu a rămas lipit mai mult de patru zile). Cea mai mare problemă pentru mine este adezivul care rămâne pe piele și care are o consistență asemănătoare cu cea a gudronului, iar îndepărtarea lui este dificilă. Sunt întotdeauna în întârziere, așa că nu cred că aș avea timp să aplic o loțiune sau un gel cu estradiol și să aștept să se usuce. Aceste probleme legate de calitatea vieții contează, deoarece, pentru ca o terapie să fie utilă, trebuie să o poți folosi.

Înainte de a începe să iau estrogen, partidele de sex de după 45 de ani necesitau un lubrifiant pe bază de silicon, dar se pare că fac parte din acele 50% dintre femeile pentru care THM tratează sindromul genito-urinar al menopauzei. Terapiile vaginale sunt, de asemenea, opțiuni excelente, așa că, dacă nu aș fi avut nevoie de estrogen transdermic, probabil că aș fi încercat inelul. Îmi este foarte greu să țin minte să îmi iau medicamentele, așa că, pentru mine, cu cât sunt mai ușor de utilizat, cu atât mai bine.

Nu aveam convingeri false despre estrogen, iar acesta este un aspect foarte important. Există persoane care promovează conceptul că orice femeie are nevoie de estrogen și că nu există niciun risc de a face cancer. Dacă ar exista date certe care să arate că fiecare femeie ar trebui să ia estrogen după menopauză, atunci societățile profesionale, precum North American Menopause Society (NAMS) sau American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), ar recomanda acest lucru.

În calitate de ginecologă și obstetriciană, am fost în măsură să explorez afirmațiile concurente ale diferitelor organizații medicale. Pentru mine, a fost important să aflu ce aveau de spus experții în menopauză de la NAMS despre estrogen, deoarece American College of Physicians numește estrogenul un medicament cu risc ridicat. Dacă acesta ar fi primul lucru pe care cineva l-ar citi despre estrogen, de ce l-ar mai lua în

considerare pentru tratarea bufeurilor sau din oricare alt motiv? Evident, nu sunt de acord cu American College of Physicians, la fel ca mulți alții, dar dacă acesta este locul de unde un medic își culege informațiile despre THM, s-ar putea să afecteze modul în care își sfătuiește pacientele.

Și, bineînțeles, există persoane care sunt în tabăra celor care spun „niciodată estrogen", deoarece menopauza este o fază normală a vieții. Dar această abordare ignoră unele afecțiuni precum osteoporoza și depresia declanșate de menopauză și calitatea vieții. De ce să nu încerce estrogenul o femeie care are 20 de serii de bufeuri pe zi și care nu a mai dormit bine de săptămâni întregi dacă acesta este sigur, astfel încât să aibă o viață mai bună? Sarcina este o fază normală a vieții, dar nu am considera niciodată acceptabil să refuzăm tratamentul pentru grețurile matinale, să nu oferim medicamente pentru durere în timpul travaliului ori să refuzăm o transfuzie de sânge după naștere dacă aceasta ar fi indicată din cauza pierderilor de sânge. La urma urmei, unele femei fac hemoragie și după o naștere complet normală.

Adevărul este că multe femei se descurcă mai bine cu estrogenul din diverse motive, iar altele nu au nevoie de el. De aceea, este important să afle mai multe despre menopauză, astfel încât fiecare femeie să poată face alegeri care să i se potrivească.

Ca urmare a cercetărilor făcute pentru această carte, am schimbat unele lucruri în viața mea. Am reluat exercițiile fizice regulate. Sincer, toate studiile pe care le-am citit le menționau în categoria lucrurilor „utile". Este o activitate de care te apuci greu și de care este greu să te ții, căci viața noastră este foarte încărcată, dar este o modalitate de îngrijire preventivă uimitoare. De asemenea, mi-am adaptat puțin și dieta. Am crescut consumul de leguminoase, am scăzut consumul de lapte la una, două cești pe zi și testez o combinație între dieta mediteraneeană și dietele MIND discutate în capitolele anterioare. Găsirea unor rețete bune în mod regulat este o corvoadă, așa că pe cele mai multe le iau din secțiunea despre alimentație din *The New York Times*, dar creez și câteva rețete care pun accentul pe nevoile nutriționale ale femeilor aflate la menopauză. Mănânc pește gras de cel puțin două ori pe săptămână, iar asta necesită efort, dar dacă nu aș reuși să fac acest lucru, aș lua un supliment de Omega-3. Am început să iau un supliment de vitamina D – producția de vitamina D scade odată cu vârsta – și încerc să fiu mai consecventă în folosirea produselor de protecție solară.

Ca multe dintre prietenele mele, am simțit că menopauza a fost un soi de magnet pentru ceea ce am perceput ca fiind o schimbare rapidă și nedorită a siluetei. Mi-ar plăcea să dau vina pe hormonii mei, dar trebuie să fiu sinceră. A fost o perioadă în care am încetat să mai fac exerciții fizice și

am luat multe mese la restaurant. Acesta este un punct important și merită subliniat – este foarte ușor să dai vina pe menopauză când poate fi vorba de fapt despre neimplicare. Așa cum este important să nu respingem femeile care au preocupări legate de menopauză, este la fel de important să nu punem toate preocupările pe seama menopauzei și să presupunem că estrogenul este răspunsul.

Sunt conștientă de faptul că THM reprezintă doar o componentă a menopauzei. Pe lângă dietă, exerciții fizice și exerciții de antrenare a echilibrului, fac terapie cognitiv-comportamentală (TCC) ca să mă ajute când am bufeuri și sunt vigilentă în privința controlului anual al tensiunii arteriale, a verificării lipidelor și a glicemiei la fiecare doi–trei ani (în funcție de valorile mele), a verificării densității osoase și a mamografiilor. Este nevoie de destul de multă muncă de întreținere la vârsta de 50 de ani și după aceasta.

Sunt conștientă că, în calitate de obstetriciană și ginecologă, am o mulțime de privilegii – inclusiv acela de a avea cunoștințe despre medicină, despre sistemul medical și faptul de a mă fi format atunci când teama de estrogeni nu era exagerat de mare. Dar menopauza nu ar trebui să fie un mister pentru femei și nu reprezintă o preocupare marginală – ea face parte din îngrijirea sănătății femeilor.

CAPITOLUL 25

Gânduri finale

Să punem totul cap la cap

Să știi ce se întâmplă cu corpul tău și că există opțiuni este în sine un remediu puternic. Una dintre experiențele comune pe care le aud legat de menopauză este singurătatea. Gândește-te din nou la analogia cu canoea de la începutul acestei cărți – multe femei se simt ca și cum s-ar afla într-o călătorie de unele singure. Sper ca această carte să îți fi oferit o hartă a apelor prin care vei naviga sau o explicație a unei călătorii deja începute.

Așadar, ce urmează?

Primul lucru pentru orice femeie care se luptă cu simptome despre care crede că ar putea fi legate de menopauză este să consemneze ce se întâmplă. Eu numesc aceste simptome „factorul deranjant“. Poate că la unele femei este vorba despre bufeuri sau senzația de lipsă a energiei, dar la altele ar putea fi vorba despre faptul că sunt uituce sau despre menstruații abundente. Poate fi vorba de toate acestea sau de orice altceva, dar cred că este mai bine să ai informații detaliate despre simptomele tale, mai ales dacă dorești să apelezi la un medic pentru a-i cere ajutorul. Mie una îmi place când pacientele mele vin cu aceste liste. Prefer să știu totul de la început, deoarece acest lucru mă poate ajuta să aleg tratamentul cel mai

bun și, bineînțeles, vreau ca pacientele mele să fie ascultate.

Când femeile mă întreabă despre menopauză și despre ce ar trebui să facă, știu că multe se întreabă dacă ar trebui să ia hormoni. Sper că această carte a oferit răspunsuri la multe întrebări despre ce pot și ce nu pot face hormonii, precum și o mai mare conștientizare a riscurilor care pot apărea odată cu tratamentul hormonal al menopauzei (THM). La fel de important, sper că această carte îi va ajuta pe oameni să facă un pas înapoi de la THM și să privească imaginea de ansamblu a menopauzei, nu doar pentru a reîncadra această experiență, ci și pentru a lua în considerare toate modalitățile de optimizare a sănătății de-a lungul întregii perioade a menopauzei. Când ne concentrăm asupra hormonilor, scăpăm din vedere multe alte intervenții importante, cum ar fi renunțarea la fumat, dieta și exercițiile fizice, sau valoarea TCC pentru tratarea bufeurilor, a insomniei și a dorinței scăzute de a face sex.

Există și alte prejudicii în a fi exclusivist în privința estrogenilor. Atunci când se insinuează că toate femeile au nevoie de estrogen în timpul tranziției spre menopauză sau la postmenopauză, este pur și simplu o reformulare a ceea ce am auzit despre comercializarea hormonilor în anii 1950 și 1960, doar că acum, în loc ca estrogenul să fie ambalat și prezentat ca fiind un produs extraordinar și exclusivist, este vândut ca

fiind natural și destinat îngrijirii personale. THM nu este un „bilet de ieșire din închisoare“ pentru menopauză cum sunt cartonașele de la Monopoly, ci o piesă dintr-un puzzle. Pentru unele femei, este o piesă importantă din puzzle, iar pentru altele deloc.

În loc să gândim în termeni de natural sau nenatural, menopauza este cel mai bine abordată cu ajutorul faptelor. La urma urmei, osteoporoza apare natural în timpul menopauzei și tot natura face ca estrogenul produs de ovare să provoace uneori cancer de sân. Nu este natural ca femeile aflate la postmenopauză să aibă în sânge nivelurile de estradiol care apar odată cu THM. Niciuna dintre aceste fapte nu face ca THM să fie bun sau rău.

Cel mai bun mod de a aborda menopauza este să fii informată, astfel încât să poți înțelege dacă ceea ce se întâmplă are legătură cu această etapă, cu ce boli te poți confrunta din cauza combinației dintre factorii genetici, starea sănătății tale și stadiul menopauzei și care este cel mai bun mod de a avea o viață și o stare de sănătate mai bună și cum să echilibrezi cel mai bine aceste obiective în raport cu orice risc. Acest lucru se poate întâmpla doar dacă ai informații corecte și lipsite de prejudecățile patriarhale.

Cum știi dacă apelezi la medicul potrivit?

Indiferent dacă o femeie primește informații de la medicul său la cabinet sau le citește dintr-o carte, o revistă ori o sursă online, este important să cunoască câteva noțiuni de bază pentru a stabili dacă aceste informații sunt de încredere sau nu. Dacă se găsesc online pe pagina North American Menopause Society (NAMS), a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), a Australasian Menopause Society (AMS) sau a International Menopause Society (IMS), atunci aceste informatii au fost verificate de experți și, de obicei, acestora li s-a cerut să dezvăluie originea prejudecăților.

O modalitate bună de a începe să cauți informații online nu este să folosești pur și simplu un motor de căutare, ci mai degrabă să cauți direct pe NAMS sau ACOG sau să introduci în motorul de căutare cuvinte precum „bufeuri“ și să adaugi „NAMS“, „ACOG“ sau oricare altă societate medicală profesionistă. Astfel, se vor filtra rezultatele obținute de la aceste organizații încât să apară în partea superioară a listei de rezultate afișate.

NAMS are și o certificare privitoare la menopauză pentru medici. Deși mulți medici care nu sunt certificați de NAMS sunt excelenți, dacă te afli în America de Nord,

căutarea unuia care are această certificare va ajuta orice pacientă să găsească pe cineva care a demonstrat un interes sporit în acest domeniu, a trecut un examen de specializare în acest domeniu și este obligat să urmeze cursuri de formare medicală continuă și să se mențină la curent cu noutățile pentru a-și păstra certificarea.

Ce faci cu informațiile pe care le primești de la alții sau pe care le găsești pe cont propriu? Fără să citesc informația în cauză, îmi este imposibil să spun dacă ceva este demn de încredere sau suspect, dar iată câteva semnale de alarmă cu privire la sursele de informare și la conținutul datelor la care femeile ar trebui să fie atente atunci când caută informații de calitate despre menopauză:

- **MĂSURAREA NIVELURILOR HORMONILOR SALIVARI** nu este niciodată indicată. Niciodată. Dacă o prietenă de-ale mele ar merge la un medic care i-a recomandat testarea nivelurilor hormonale salivare, sfatul meu ar fi să își ceară banii înapoi, să iasă pe ușă și să uite tot ce i-a spus acea persoană. Întâlnesc adesea femei care au plătit sume mari de bani pentru asemenea teste și sunt supărate, pe bună dreptate, când le spun că nu au nicio valoare. Cel mai frecvent vorbesc cu femei care au plătit pentru aceste teste

la sfatul unui medic naturist. Este întotdeauna o conversație dificilă în care le explic că rezultatele sunt inutile – oamenilor le este greu în general să accepte că testele făcute de un laborator, cu rezultate imprimate pe hârtie, sunt lipsite de sens din punct de vedere medical. În plus, nimănui nu-i place să audă că a cheltuit bani pe ceva inutil.

- **MĂSURAREA NIVELURILOR HORMONALE PENTRU A ÎNDRUMA TERAPIA SAU PENTRU A „VEDEA UNDE TE AFLI“.** Unii medici recomandă analize de sânge pentru stabilirea nivelurilor hormonale, de obicei estradiol și FSH (hormonul de stimulare foliculară), deși pot exista și altele, pentru a diagnostica menopauza, pentru a vedea dacă o femeie este aproape de menopauză sau pentru a gestiona THM. Acest lucru nu este indicat. Așa cum nu avem nevoie să știm care sunt nivelurile hormonale pentru a diagnostica pubertatea, nu avem nevoie de ele nici pentru tranziția spre menopauză și nici pentru postmenopauză. Nivelurile hormonale sunt indicate atunci când femeile au mai puțin de 40 de ani, dar în rest nu sunt de niciun ajutor și reprezintă o risipă

de bani și resurse. Acestea nu sunt cunoștințe medicale marginale, cunoscute doar de câțiva medici, ci reprezintă recomandarea standard a NAMS și ACOG. Dacă medicul meu mi-ar recomanda măsurarea nivelurilor de hormoni, m-aș întreba: „Ce alte lucruri care sunt de notorietate a mai înțeles greșit?“

- **TERAPIA CU HORMONI.** Unii medici recomandă doar administrarea de hormoni, iar femeile fie nu sunt informate despre opțiunile nehormonale, fie li se spune că nu funcționează, fie sunt speriate de efectele secundare. Văd acest lucru cel mai des în cazul bufeurilor – terapiile nehormonale pot fi foarte eficiente pentru multe femei. Dacă totuși medicul insistă să recomande doar hormoni, cere și o altă părere.

- **SE VORBEȘTE DESPRE ESTROGEN CA ȘI CUM AR FI UN MEDICAMENT MINUNE ȘI 100% SIGUR?** Estrogenul poate ajuta multe femei cu unele simptome, dar chiar și atunci când este foarte util – de exemplu, în cazul bufeurilor –, el nu elimină toate simptomele la 100% dintre femei. Pentru mine, ideea estrogenului ca medicament minune de care au

nevoie toate femeile este un ecou al ideilor misogine conform cărora menopauza înseamnă degradare. Estrogenul este un instrument terapeutic – există unele lucruri specifice pe care le poate face. Ca orice medicament, dacă nu este necesar, atunci nu ar trebui să se înceapă administrarea lui. Toate medicamentele au riscuri, chiar și estrogenul. Și, deși sunt mici, riscurile există.

- **SE RECOMANDĂ HORMONII PREPARAȚI ÎN FARMACIE ÎN LOCUL PRODUSELOR FARMACOLOGICE.** Aceștia nu sunt testați, nu sunt reglementați, iar studiile au indicat probleme legate de dozare. Acest lucru include peletele de testosteron. Nu le recomand deloc.

- **SE RECOMANDĂ PROGESTERONUL LOCAL.** Acesta este un alt moment în care ți-aș spune „Ridică-te și ieși pe ușă și/sau dă-i block online". Progesteronul nu este absorbit local, iar faptul de a se baza pe el ar putea face ca o femeie care ia estrogeni să se aleagă cu cancer endometrial. Eu aș spune „Pas!".

- **SPECIALISTUL ESTE ANTIVACCINIST SAU VORBEȘTE DESPRE ALTE TEORII ALE CONSPIRAȚIEI MEDICALE.** Caută-i numele pe Google împreună cu

cuvântul „vaccin“ și apoi repetă căutarea cu „fluor“ (mișcarea anti-flor în apă este altă teorie conspirațională comună). Mulți nu se sfiesc să facă acest lucru – de fapt, este adesea o adevărată medalie de onoare. Vaccinurile sunt sigure și salvează vieți. Fluorul din apă este sigur. Gândirea conspirativă medicală este opusul gândirii raționale, cumpătate și nu își are locul în medicină. Există o mare suprapunere între wellness și medicina naturistă și teoriile conspirației, așa că fii foarte atentă la aceste aspecte.

- **ÎȚI RECOMANDĂ SUPLIMENTE SPECIALE?** Nu mă refer la vitamina D sau la acizii grași Omega-3 sau la substitute atunci când poate exista o carență (de exemplu, de fier). Mă refer la multivitaminele „speciale“ pentru menopauză sau la preparatele care „susțin“ tiroida, glanda suprarenală sau ovarele. Nu există așa ceva. Organele nu au nevoie de susținere. Unii medici au chiar suplimente de marcă cu portretul și/sau numele lor lipite pe sticlă. Aici vorbim despre părtinire. Aceste produse sunt netestate din punct de vedere medical și ar putea fi falsificate.

Dacă ar da rezultate, ar fi recomandate de societățile medicale profesioniste.

- **VINDE PRODUSE PE PAGINA SA DE INTERNET?** Nu poți obține informații de calitate despre un produs de la persoana care profită de pe urma vânzării. Nu accepta sfaturi despre menopauză din partea unor persoane care au magazin online cu produse destinate menopauzei. O astfel de persoană poate fi ori medicul tău, ori magazinul tău online, dar nu poate fi și una, și alta. Magazinele și știința nu se amestecă.

Nu da vina pe menopauză pentru orice: amintește-ți Diagrama celor 5 M

Mă uitam la episodul din emisiunea lui Oprah despre hormoni în care o invitase pe Robin McGraw (soția doctorului Phil). Emisiunea începuse de vreo zece minute și discutau despre cartea lui McGraw, care tocmai fusese publicată de curând, iar Oprah a vrut să discute secțiunea dedicată menopauzei. Oprah a explicat audienței că, în cartea ei, McGraw povestea că își neglijase propria sănătate – ca multe alte femei – în detrimentul îngrijirii altora. În timp ce se asigura că copiii ei mănâncă sănătos și că au vizitele medicale la zi, ea mânca

prăjituri la micul-dejun, bomboane gumate la prânz în mașină și era foarte tristă că unul dintre fiii ei se pregătea să plece la facultate. Se simțea îngrozitor. Nu era o poveste neobișnuită și, până în acel moment, fusesem foarte interesată. Și totuși, cum reușise Robin McGraw să rezolve această ecuație a unui număr prea mare de sarcini de îndeplinit și a unei dăruiri de sine nesfârșite pentru a le îndeplini?

Cu hormoni bioidentici! Mda, chiar asta a spus.

Partenerul meu, pe care îl numesc cu afecțiune Companionul Doctoriței Jen, a strigat către ecran: „Bineînțeles că te simți rău. Mănânci prăjituri la micul-dejun și bomboane gumate la prânz și ești tristă că fiul tău va merge la facultate. Cum poate fi asta din cauza menopauzei?“

Punctul acesta de vedere este lesne de înțeles. Gândește-te din nou la diagrama celor 5 M din capitolul 1. Menopauza nu are loc într-un vid. Patriarhatul a făcut ca multe dintre noi să se grăbească să dea vina pe hormoni pentru orice. Este adevărat, toți căutăm răspunsuri ușoare – chiar și medicii – dar în cazul femeilor care simt că sunt obosite sau la capătul puterilor, probabil că este vorba despre mai mult decât menopauză.

Fii precaută cu privire la terapiile noi sau inovatoare

Este un lucru obișnuit ca oamenii – în special medicii – să interpreteze în mod pozitiv semnalele mici din studii. De-a lungul timpului, femeile au fost vătămate de terapii care nu au fost evaluate temeinic și, prin urmare, ele merită date de cea mai bună calitate. Problema este că acest lucru poate necesita timp și, bineînțeles, cu toții dorim să obținem răspunsuri imediat.

Răfuiala în materie de reproducere

Simțeam o furie mocnită în timp ce mă aflam în perioada de tranziție spre menopauză, iar aceasta nu a făcut decât să crească în intensitate. Am văzut-o și la alte femei și acest lucru m-a făcut curioasă să mă întreb de ce. Mi-a luat ceva timp să-mi organizez gândurile, pentru că, recunosc, în cea mai mare parte a timpului simțeam că aș vrea să scot un țipăt lung și primitiv. Deși este cuantificabil pentru moment, țipatul în eter este în cele din urmă epuizant și nu este un instrument deosebit de bun de îngrijire de sine sau schimbare. Trebuia să înțeleg sursa furiei mele, pentru că numai așa aveam să scap de ea și să pot folosi această energie în mod constructiv. În timp ce scriam această carte, totul mi-a devenit în sfârșit clar.

A fi femeie înseamnă a coexista cu o provocare reproductivă unică impusă de biologie. În cazul meu, au existat menstruații abundente, diaree menstruală și complicații grave ale sarcinii. Alte femei se confruntă cu obstacole și suferințe diferite, dar toate sunt consecințele unei biologii „programate“ să îmbunătățească rezultatele reproductive. Organismul nu este perfect, așa că unele femei sângerează prea mult, altele au sisteme imunitare care se întorc împotriva lor și le provoacă boli precum artrita reumatoidă, iar altele fac hipertensiune arterială în timpul sarcinii sau depresie postnatală, iar acest lucru este „în regulă“ la scară mare, deoarece evoluția trebuie doar să fie suficient de bună. Dar suficient de bună înseamnă suficient de bună pentru multe, nu pentru toate.

Ecuația ciudată și prost concepută a creierului mare și a capacității de a merge în poziție verticală – însuși izvorul umanității – funcționează doar pentru că femeile o îndură fizic, unele mai mult decât altele. Prețul evoluției și tot ceea ce am realizat datorită creierului și mobilității noastre depinde literalmente de faptul că femeile suportă o povară fizică inechitabilă. Faptul că femeile au o biologie mai complicată decât a bărbaților nu este chiar un secret; la urma urmei, înainte de adoptarea Legii privind îngrijirea la prețuri accesibile în Statele Unite, a fi femeie era, în esență, o condiție preexistentă.

În plus, tot femeile sunt și cele care suportă, de obicei, mai multe consecințe financiare ale biologiei lor, indiferent dacă au sau nu copii. Este mai probabil ca ele să aibă locuri de muncă mai prost plătite și chiar și atunci când fac o muncă egală cu cea a bărbaților sunt adesea plătite mai puțin. Cel mai bun/rău exemplu în acest sens este cel al obstetricienilor-ginecologi – în mare parte femei – care sunt plătiți mai puțin pentru a face o biopsie vulvară decât primesc urologii – în mare parte bărbați – pentru a face o biopsie scrotală. Aceeași procedură, același echipament, același nivel de durere, aceleași consecințe sexuale, dar plată diferită.

De asemenea, este mai probabil ca femeile să facă muncă neplătită: treburi casnice, cum ar fi gătitul, curățenia și îngrijirea copiilor, precum și munca emoțională în gospodărie și la birou.

Suprasolicitarea corpului nostru pentru a umple lacunele pare să fie codificată în ADN-ul nostru.

Femeile sunt manipulate să creadă că trupul lor – adică exact ceea ce le permite să rezolve ecuația creier mare–pelvis mic – sunt problematice și că, prin urmare, și ele sunt problematice. Suntem ba murdare, ba prostuțe, ba grase, ba dezgustătoare, ba slabe, ba pur și simplu ne plângem prea mult. Suntem forțate să ne mulțumim cu un sistem medical conceput în mare parte să răspundă nevoilor bărbaților, iar preocupările noastre medicale sunt respinse ca nefiind

„atât de grave“ sau ni se spune că sunt inventate.

Când mi-am început tranziția spre menopauză, eram deja furioasă în legătură cu povara medicală și socială inegală creată de uter, ovare, vagin și vulvă – ca și cum acestea ar fi sârma ghimpată de pe traseul plin de noroi al unei curse cu obstacole. Dar după ce am fost depus eforturi enorme, în loc să ajung pe câmpurile glorioase ale menopauzei, ceea ce mă aștepta a fost o resetare la versiunea Femeia 2.0 – un upgrade mai puțin dorit și cu un alt set de obstacole medicale de tolerat. Un număr și mai mare de moduri de a tăcea și a înghiți și de a fi judecată ca fiind mai prejos decât bărbatii. Este ca atunci când trebuie să o iei de la capăt, dar mai rău, pentru că acum ești considerată bătrână.

Și atunci mi-am dat seama. Sursa furiei mele era această răfuială reproductivă, faptul că am înțeles atunci că menopauza este doar un alt mod în care povara perpetuării speciei este purtată în mod inegal de către femei și încă un mod în care biologia noastră este folosită ca armă împotriva noastră. Este cel mai supărător aspect al îndoctrinării despre care vorbeam, deoarece această biologie – de la pubertate până la moarte – este cea care a permis la propriu existența omenirii așa cum o cunoaștem.

Multe femei au fost condiționate să se teamă de menopauză ca de o dată de expirare a relevanței lor și ca de un semn de

slăbiciune doar pentru că așa o considerau bărbații. De fapt, avem aceste date uimitoare care ne spun că menopauza este exact contrariul – un moment în care, din punct de vedere istoric, femeile au contribuit cu lucruri mărețe la binele societății datorită cunoștințelor și experienței lor. Da, menopauza are simptome și este asociată unor probleme medicale, dar există asistență medicală și, cu siguranță, ea nu este o etapă care precedă morții.

Când este spusă de o societate patriarhală, povestea menopauzei este una despre tinerețea pierdută, fragilitate și depreciere. Dar povestea pe care vreau să ți-o amintești este una despre valoare, autonomie și putere de exprimare, precum și despre cunoștințele necesare pentru a te menține în cea mai bună stare de sănătate, cerându-ți în același timp un loc la aceeași masă cu bărbații.

Acesta este manifestul meu.

Materiale suplimentare

Tabele

Tabelul 1. Tipare de sângerare și afecțiuni asociate în cazul femeilor cu vârsta de la 40 de ani până la ultima lor menstruație (presupunând că sarcina a fost exclusă)

TIPAR DE SÂNGERARE	**CALITATEA SÂNGERÂRII**	**CAUZE COMUNE**
Menstruații regulate	Pătarea între menstruații	Polip Cancer/leziuni precanceroase Infecție
Menstruații regulate	Abundentă sau cu durată > 7 zile	Fibroame Adenomioza Cancer/leziuni precanceroase Medicamente/suplimente care afectează coagularea
Menstruații neregulate	Abundentă sau ușoară	Tranziția spre menopauză Contracepția hormonală Tratamentul hormonal al menopauzei Amenoreea hipotalamică Boala tiroidiană Prolactină crescută Cancer/leziuni precanceroase
Sângerare după sex	Poate varia de la o sângerare punctiformă până la o sângerare puternică	Polip la nivelul colului uterin Infecție Cancer/leziuni precanceroase Inflamarea colului uterin

Tabelul 2. Produse comune de hidratare vaginală: pH și osmolalitate, dacâ este cazul

PRODUS	**BAZÂ**	**PH**	**OSMOLALITATE**
HyaloGyn	Acid hialuronic	4,8	1 336
K-Y Liquidbeads	Silicon	Nu este cazul	Nu este cazul
Moist Again	Apă	5,68	187
Replens	Apă	3,0	1 177
Vagisil Prohydrate Natural Feel	Acid hialuronic	Nu este cazul	Nu este cazul
Yes – produs de hidratare vaginală	Apă	4,15	250

Tabelul 3. Hormoni vaginali de calitate farmaceutică

PRODUS	**DOZAJ DE ÎNTREȚINERE**	**NOTE**
Cremă cu estradiol 0,01 mg/g	0,5–1 g, de două ori pe săptămână	Poate fi o opțiune mai bună pentru femeile cu iritații și dureri la nivelul vestibulului și al vulvei.
Cremă cu EEC 0,625 mg/g	0,5–1 g, de două ori pe săptămână	Poate fi o opțiune mai bună pentru femeile cu iritații și dureri la nivelul vestibulului și al vulvei.
Inel cu estradiol 7,5 mcg/zi	1 inel schimbat la fiecare 3 luni	Poate ieși din discuție în cazul unor femei cu prolaps. Pentru unele femei, poate fi dureros la introducere, iar altele, în special cele care suferă de artrită, pot avea dificultăți la introducere și scoatere. Doză foarte mică.*
Estradiol 4 mcg capsulă gelatinoasă	1, de două ori pe săptămână	Fără aplicator și minimă murdărire. Doză foarte mică.*
Estradiol 10 mcg capsulă gelatinoasă	1, de două ori pe săptămână	Fără aplicator și minimă murdărire. Doză foarte mică.*
Estradiol 10 mcg tabletă	1, de două ori pe săptămână	Preîncărcat în aplicator de plastic, unele femei sunt deranjate de impactul asupra mediului.*
DHEA 6,5 mg	1 pe zi	

* Variantele cu doze foarte mici nu par să aibă ca rezultat o absorbție măsurabilă de estradiol în sânge, iar nivelurile de estradiol rămân în intervalul specific menopauzei, care este <20 pg/ml.

Tabelul 4. Doze echivalente pentru diferiți estrogeni și sisteme de administrare

	DOZĂ ECHIVALENTĂ	SURSĂ
ORALĂ0		
Estradiol	1 mg	Parțial sintetic
EEC	0,625 mg	Natural
EC	0,625 mg	Parțial sintetic
Etinilestradiol	0,005 mg (sau 5 mcg)	Parțial sintetic sau sintetic
Estropipate	0,625 mg	Parțial sintetic
Estrogeni esterificați	0,625 mg	Parțial sintetic
TRANSDERMICĂ		
Plasture cu estradiol (matrix)*	0,05 mg	Parțial sintetic
Plasture cu estradiol (reservoir)*	0,05 mg	Parțial sintetic
Gel cu estradiol	3 mărci diferite cu sisteme de administrare diferite, vezi tabelul 5	Parțial sintetic
Emulsie cu estradiol	2 pachete	Semisintetic
Spray cu estradiol	3 sprayuri	Semisintetic
VAGINALĂ		
Inel cu estradiol	0,5 mg	Semisintetic

*În cazul unui plasture cu matrice, estradiolul se află în adeziv, în timp ce în cazul plasturelui cu rezervor, acesta se află într-un rezervor deasupra adezivului.

Tabelul 5. Doze echivalente pentru gelurile cu estradiol

	DOZĂ	**LOCUL APLICĂRII**	**NIVELURI DE ESTRADIOL**
EstroGel	1 pompă	Braț, de la încheietura mâinii până la umăr	35 mcg
Divigel	pachet de 1 g	Partea superioară a coapsei	34 mcg
Elestrin	2 pompe	Partea superioară a brațului/a umărului	37,5 mcg

Tabelul 6. Progestogeni în Statele Unite ale Americii și Canada

PROGESTOGEN	**CLASA**	**CĂI DE ADMINISTRARE**
drospirenonă	derivat de spironolactonă	oral
levonorgestrel	derivat de testosteron	oral, intrauterin (DIU), transdermic
acetat de medroxiprogesteron	derivat de progesteron	oral
acetat de noretindronă	derivat de testosteron	oral, transdermic
norgestimat	derivat de testosteron	oral
progesteron	progesteron	oral, gel vaginal

Tabelul 7. Regimurile progestogenilor

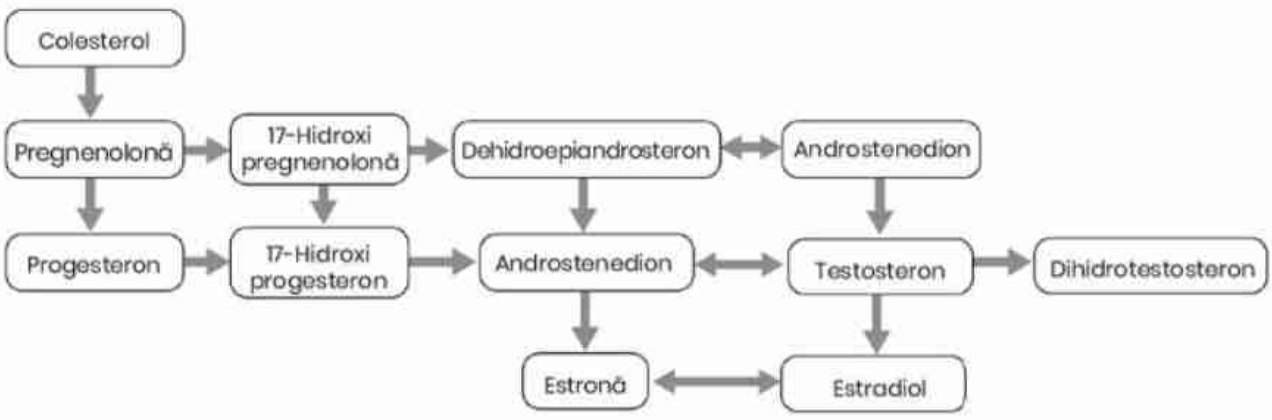
	PROGESTOGEN	**NOTE SUPLIMENTARE**
Continuu	Zilnic	• Tranziția la menopauză: poate agrava neregulile de sângerare. • Postmenopauză: nu ar trebui să reia menstruațiile (majoritatea femeilor preferă să nu aibă sângerare).
Ciclic	12-14 zile/lună	• Tranziția la menopauză: Cel mai puțin probabil să agraveze tiparele de sângerare.0 • Postmenopauză: 80% dintre femei vor avea unele sângerări în fiecare ciclu.
Intermitent	3 zile da și 3 zile nu	• Poate fi util pentru femeile care au sângerări persistente după menopauză dacă iau tratament continuu și care doresc să nu mai aibă sângerări.
Ciclu lung	14 zile la fiecare 2–6 luni	• Sângerări mai abundente, dar mai puțin frecvente. • Abordarea cea mai puțin preferată, deoarece este posibil ca expunerea să nu fie suficientă pentru a reduce riscul de cancer; necesită o consultare aprofundată și o monitorizare specială.

Tabelul 8. DIU cu levonorgestrel în Statele Unite ale Americii (începând din august 2020)

NUMELE MĂRCII	TOTAL HORMON	HORMON ELIBERAT ZILNIC	DURATA DE UTILIZARE (APROBATĂ DE FDA)	UTILIZARE EXTI (STUDIILE SUST UTILIZAREADIN DE RECOMANDĂ FDA)
Mirena	52 mg	20 mcg	5 ani	7 ani
Lilette	52 mg	18,6 mcg	4 ani	5 ani
Kyleena	19,5 mg	17,5 mcg	5 ani	Nu există date
Slya	13,5 mg	14 mcg	3 ani	Nu există date

ANEXE

Anexa A. Sinteza estradiolului, a estronei și a testosteronului din colesterol



Anexa B. Dietele DASH, mediteraneeană și MIND

NSĂ IN COLO ARILE

DASH	MEDITERANEEANĂ	MIND
Cereale integrale zilnic Legume zilnic Fructe zilnic Lactate, cu conținut scăzut de grăsimi sau degresate, 2-3 porții/zi Carne de pasăre, 2 porții/săptămână Pește și fructe de mare, 1-2 porții/săptămână ≤2 porții/zi Leguminoase, 2 porții/săptămână Nuci, semințe, 4-5 porții/săptămână Grăsimi și uleiuri, 2-3 porții pe zi Dulciuri, ≤5 porții pe săptămână	Cereale integrale, 1-2 porții/masă la masă principală Legume ≥2 porții/masă Fructe, 1-2 porții/masă Măsline/nuci/semințe, 1-2 porții/zi Cartofi ≤3 porții/săptămână Leguminoase ≥2 porții/săptămână Pește, fructe de mare ≥2 porții/săptămână Carne de pasăre/carne albă 2 porții/săptămână Ouă 2-4 porții/săptămână Lactate cu conținut scăzut de grăsimi 2 porții/zi Carne roșie ≤1 porție/săptămână Carne procesată ≤1 porție/săptămână Dulciuri ≤2 porții/săptămână Vin roșu, cu moderație	Legume cu frunze verzi, ≥6 porții/săptămână Alte legume, ≥1 porție/zi Fructe de pădure ≥2 porții/săptămână Cereale integrale ≥3 porții/zi Pește ≥1 porție pe săptămână Carne de pasăre ≥2 porții pe săptămână Fasole ≥3 porții/săptămână Nuci ≥5 porții/săptămână Vin 1 pahar/zi Unt <1 lingură/zi Brânză <1 porție/săptămână Carne roșie <4 porții/săptămână Produse de patiserie și dulciuri <5 porții/săptămână Ulei de măsline

Bibliografie selectivă

CAPITOLUL 1. A DOUA MATURIZARE

Menopause Practice: A Clinician's Guide, ediția 6, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.*, „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report, from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)", *Menopause*, nr. 26, 2019, p. 1213.

Epperson, C.N., Sammel, M.D., Bale, T.L. *et al.*, „Adverse childhood experiences and risk for first-episode major depression during the menopause transition", în *Journal of Clinical Psychiatry*, 2017, p. 78.

CAPITOLUL 2. ISTORIA ȘI LIMBAJUL MENOPAUZEI

Dean-Jones, L., „Menstrual bleeding according to the Hippocratics and Aristotle", *Transactions of the American Philological Association*, 1989, p. 119.

Bonnard, J.-B. Trans, L.E. Doherty, V. Sebillotte Cuchet, „Male and female bodies according to ancient Greek physicians", *Clio*, 2012, p. 37.

Gentle, K.M., *Reclaiming the Role of the Old Priestess: Ritual Agency and the Post-Menopausal Body in Ancient Greece*, disertație, program de masterat în greacă și latină, Ohio State University, 2009.

Stolberg, M., „A woman's hell? Medical perceptions of menopause in preindustrial Europe", *Bulletin of the History of Medicine*, 1999, p. 73.

Un medic, *The Ladies Physician Directory*, 1727. Tipărită și vândută de autor prin împuternicirea

domnișoarei de la Two Blue Posts din Haydon-Yard, în Minories.

Fothergill, J., „On the management proper at the cessation of the menses", *Medical Observations and Inquiries,* vol. 5, 1776, pp. 160–86. Retipărit în F. Churchill, ediția *Essays on the Puerpal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*. Selecție din scrierile autorilor britanici de dinainte de sfârșitul secolului al XVIII-lea (1849), Sydenham Society Publications, Londra, pp. 503–516.

De Gardanne, C.P.L., „Sur les avis à donner aux femmes qui entrent dans l'âge critique", disertație, 1812.

De Gardanne, C.P.L., *Avis aux femmes qui entrent dans l'lâge critique*, ediția I, De J. Moronval, Paris, 1816.

De Gardanne, C.P.L., *De la menopause, ou de l'âge critique des femmes,* ediția a II-a, Meguig non-Marvis, Paris, 1821.

Tilt, E.J., *The change of life in health and disease*, ediția a II-a, John Churchill, Londra, 1857.

Tillier, A., „Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles", *Clio Histoire, femmes et sociétés*, 2005, p. 21.

Minkin, M.J., Reiter, S., Maamari, R., „Prevalence of postmenopausal symptoms in North America and Europe", *Menopause*, 2015, p. 22.

CAPITOLUL 3. BIOLOGIA MENOPAUZEI

Burger, H.G., Hale, G.E., Dennerstein, L., Robertson, D.M., „Cycle and hormone changes during perimenopause: The key role of ovarian function", *Menopause*, nr. 15, vol. 4, 2008, pp. 603–612.

Taylor, H.S., Pal, L., Sell, E., *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, ediția a IX-a, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2019.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția a VI-a, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause

Society, 2019.

Broekmans, F.J., Soules, M.R., Fauser, B.C., „Ovarian aging: Mechanisms and clinical consequences“, *Endocrine Reviews*, 2009, p. 30; *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2012, p. 97.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.*, „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)“, *Menopause*, nr. 26, 2019, p. 1213.

Tepper, P.G., Randolph, J.F., Jr., McConnell, D.S. *et al.*, „Trajectory clustering of estradiol and follicle-stimulating hormone during the menopausal transition among women in the Study of Women's Health across the Nation (SWAN)“.

„The use of Antimüllerian hormone in women not seeking fertility care“, opinia nr. 773 a comitetului ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, p. 133.

de Kat, A., van de Schouw, Y.T., Eijkemans, M.J.C. *et al.*, „Can menopause prediction be improved with multiple AMH measurements? Results from the Prospective Doetinchem Cohort Study“, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2019, p. 104.

CAPITOLUL 4. AVANTAJUL EVOLUTIV AL MENOPAUZEI

Amundsen, D.W., Diers, C.J., „The age of menopause in classical Greece and Rome“, *Human Biology*, 1970, p. 42.

Pollycove, R., Naftolin, F., Simon, J.A., „The evolutionary origin and significance of menopause“, *Menopause*, 2011, p. 18.

Thompson, M.E., „Comparative reproductive energetics of human and nonhuman primates“, *Annual Review of Anthropology*, 2013, p. 42.

Pliniu cel Bătrân, The Natural History; perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.02.0137%3Abook%3D7%

Social Security Actuarial Life Tables, accesat la 16 mai 2020, ssa.gov/oact/STATS/table 4c6.html.

Gurven, M.D., Gomes, C.M., „Mortality, senescence, and life span“, M.N. Muller, R.W. Wrangham, D.R. Pilbeam (ed.), *Chimpanzees and Human Evolution*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachussetts, 2017, pp. 181–216.

Shanley, D.P., Kirkwood, T.B.L., „Evolution of the human menopause“, *BioEssays*, 2001, p. 23. Hawkes, K., O'Connell, J.F., Jones, B., „Hadza Women's time allocation, offspring provisioning, and the evolution of long postmenopausal life spans“, *Current Anthropology*, 1997, p. 38.

Croft, D.P., Johnstone, R.A., Ellis, S. *et al.*, „Reproductive conflict and the evolution of menopause in killer whales“, *Current Biology*, 2017, p. 27.

Schubert, C., „Benefits of menopause: Good fishing“, *Biology of Reproduction*, 2015, p. 92.

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.*, „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)“, *Menopause*, nr. 26, 2019, p. 1213.

Arnot, M., Mace, R., „Sexual frequency is associated with age of natural menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation“, *Royal Society Open Science*, nr. 7, p. 191020.

CAPITOLUL 5. MOMENTUL MENOPAUZEI

Morris, D.H., Jones, M.E., Schoemaker, M.J. *et al.*, „Familial concordance for age at natural menopause: Results from the Breakthrough Generations Study“, *Menopause*, 2011, p. 18.

Bjelland, E.K., Hofvind, S., Byberg, L. *et al.*, „The relation of age at menarche and age at natural menopause: A population-based study of 336788 women in Norway“, *Human Reproduction*, 2018, p. 33.

Klonoff-Cohen, H.S., Natarajan, L., Chen, R.V., „A prospective study of the effects of female and male marijuana use on in vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian transfer (GIFT) outcomes“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, nr. 194, 2006, pp. 369–376.

Gargiulo, A.R., *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology E-Book*, Elsevier Health Sciences, ediție Kindle, New York.

Song, T., Kim, M.K., Kim, M.L. *et al.*, „Impact of opportunistic salpingectomy on anti-Müllerian hormone in patients undergoing laparoscopic hysterectomy: A multicentre randomised controlled trial“, *BJOG*, 2017, p. 124.

Mahal, A.S., Rhoads, K.F., Elliott, C.S., Sokol, E.R., „Inappropriate oophorectomy at time of benign premenopausal hysterectomy“, *Menopause*, nr. 24, vol. 8, 2017, p. 947.

„Infertility workup for the women's health specialist“, opinia nr. 781 a comitetului ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, nr. 133, 2019, pp. e377–384.

Parker, W.H., Broder M.S., Liu Z. *et al.*, „Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease“, *Obstet Gynecol*, 2005, p. 106.

Hammer, A., Rositch, A.F., Kahlert, J. *et al.*, „Global epidemiology of hysterectomy: Possible impact on gynecological cancer rates“, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2015, p. 7.

Ding, N., Harlow, S.D., Randolph, J.F. *et al.*, „Associations of perfluoroalkyl substances with incident natural menopause: The Study of Women's Health Across the Nation“, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 3 iunie 2020.

Ainsworth, A.J., Baumgarten, S.C., Bakkum-Gamez, J.N. *et al.*, „Tubal ligation and age at natural menopause“, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, p. 133.

Gold, E.B., Crawford, S.L., Avis, N.E. *et al.*, „Factors related to age at natural menopause: Longitudinal analyses from SWAN“, *American Journal of Epidemiology*, 2013, p. 178.

CAPITOLUL 6. CÂND MENSTRUAȚIA ȘI OVULAȚIA SE OPRESC ÎNAINTE DE 40 DE ANI

„Hormone therapy in primary ovarian insufficiency“, opinia nr. 698 a American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2017, p. 129.

„Primary ovarian insufficiency in adolescents and young women“, opinia nr. 605 a American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2014, p. 123.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția a VI-a, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Andany, N., Kaida, A., de Pokomandy, A. *et al.*, „Prevalence and correlates of early-onset menopause among women living with HIV in Canada“, *Menopause*, 2019, p. 27.

Pan, M.-L., Chen, L.-R., Tsao, H.-M., Chen, K.-H., „Polycystic ovarian syndrome and the risk of subsequent primary ovarian insufficiency: A nationwide population-based study“, *Menopause*, 2017, p. 24.

Christ, J.P., Gunning, M.N., Palla, G. *et al.*, „Estrogen deprivation and cardiovascular disease risk in primary ovarian insufficiency“, *Fertility and Sterility*, 2018, p. 109.

CAPITOLUL 7. METAMORFOZELE MENOPAUZEI

Strings, S., *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*, NYU Press, New York, 2019.

Hetemäki, N., Savolainen-Peltonen, H., Tikkanen, M.J. *et al.*, „Estrogen metabolism in abdominal subcutaneous and visceral adipose tissue in postmenopausal women", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2017, p. 102.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția a VI-a, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Ambikairajah, A., Walsh, E., Tabatabaei-Jafari, H. *et al.*, „Fat Mass changes during menopause: A metanalysis", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019.

Christakis, M.K., Hasan, H., De Souza, L. *et al.*, „The effect of menopause on metabolic syndrome: Cross-sectional results from the Canadian Longitudinal Study on Aging", *Menopause*, 2020, p. 27. Davis, S.R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P. *et al.*, „Understanding weight gain at menopause", *Climacteric*, 2012, p. 15.

Pollock, R.D., Carter, S., Velloso, C.P. *et al.*, „An investigation into the relationship between age and physiological function in highly active older adults", *Journal of Physiology*, 2015, p. 3.

van Gemert, W.A., Peeters, P.H., May, A.M. *et al.*, „Effect of diet with or without exercise on abdominal fat in postmenopausal women – a randomised trial", *BMC Public Health*, 2019, p. 19.

CAPITOLUL 8. MIEZUL PROBLEMEI

Zheng, Y., Wen, T.S., Shen, Y. *et al.*, „Age at menarche and cardiovascular health", *Menopause*, septembrie 2020 (publicat înainte de tipar).

Wang, D., Jackson, C.A., Karvonen-Gutierrez, M.R. *et al.*, „Healthy lifestyle during the midlife is prospectively associated with less subclinical carotid atherosclerosis: The Study of Women's

Health Across the Nation", *Journal of the American Heart Association*, 2018, p. 7.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția a VI-a, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Norris, C.M., Yip, C.Y.Y., Nerenberg, K.A. *et al.*, „State of the science in women's cardiovascular disease: A Canadian perspective on the influence of sex and gender", *Journal of the American Heart Association*, 2020, p. 9.

Al-Salameh, A., Chanson, P., Bucher, S. *et al.*, „Cardiovascular disease in type 2 diabetes: A review of sex-related differences in predisposition and prevention", *Mayo Clinic Proceedings*, 2019, p. 94.

CAPITOLUL 9. ESTE CALD SAU MI SE PARE?

Tepper, P.G., Brooks, M.M., Randolph, J.F. *et al.*, „Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition", *Menopause*, 2016, p. 23.

Avis, N.E., Crawford, S.L., Greendale, G. *et al.*, „Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition", *JAMA Internal Medicine*, 2015, p. 175.

Zeserson, J.M., „How Japanese women talk about hot flushes: Implications for menopause research", *Medical Anthropology Quarterly*, 2001, p. 15.

Brown, D.E., Leidy Sievert, L., Morrison, L.A. *et al.*, „Do Japanese American women really have fewer hot flashes than European Americans? The HiLo Health Study", *Menopause*, 2009, p. 16. *Menopause Practice, A Clinician's Guide*, ediția 6, C.J. Crandall (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

„Management of Menopausal Symptoms ACOG", buletin de practicä nr. 514, *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2014.

„Nonhormonal management of menopausal-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society“, *Menopause*, 2015, p. 22.

Kickey, M., „Non-hormonal treatments for menopausal symptoms“, *BMJ*, 2017, p. 359.

Leach, M.J., Moore, V., „Black cohosh (*Cimicifuga spp.)* for menopausal symptoms“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 9, 2012, art. nr. CD007244.

Liu, Zh., Ai, Y., Wang, W. *et al.*, „Acupuncture for symptoms in menopause transition: A randomized controlled trial“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, p. 219.

Depypere, H., Timmerman, D., Doders, G. *et al.*, „Treatment of menopausal vasomotor symptoms with ezolinetant, a neurokinin 3 receptor antagonist: A phase 2a trial“, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2019, p. 104.

CAPITOLUL 10. HAOSUL MENSTRUAL

„Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant reproductive-aged women“, opinia comitetului nr. 557, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2013, p. 121.

„Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction“, buletin de practică nr. 136, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013.

Middleton, L.J., Champanera, R., Daniels, J.P. *et al.*, „Hysterectomy, endometrial ablation, and levonorgestrel releasing system (Mirena) for treatment of heavy menstrual bleeding: Systemic review and meta-analysis of data from individual patients“, *BMJ*, 2010, p. 341.

Beelen, P., Reinders, I.M.A., Scheepers, W.F.W. *et al.*, „Prognostic factors for the failure of endometrial ablation“, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, p. 134.

Bulun, S.E., „Uterine fibroids“, *New England Journal of Medicine*, 2013, p. 369.

Manyonda, A.-M., Belli, M.-A., Lumsden, J. *et al.*, „Uterine-artery embolization for myomectomy for uterine fibroids“, *New England Journal of Medicine*, 2020, p. 383.

Schaff, W.D., Ackerman, R.T., Al-Hendry, A. *et al.*, „Elagolix for heavy menstrual bleeding in women with uterine fibroids“, *New England Journal of Medicine*, 2020, p. 382.

CAPITOLUL 11. SĂNĂTATEA OASELOR

„Osteoporosis in menopause“, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2014, p. 36.

Jha, S., Wang, Z., Laucis, N. *et al.*, „Trends in media reports, oral bisphosphonate prescriptions, and hip fractures 1996–2012: An ecological analysis“, *Journal of Bone and Mineral Research*, 2015, p. 30.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția a VI-a, Crandall C.J. (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Guidelines for Women's Health Care, A Resource Manual, ediția a IV-a, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014.

CAPITOLUL 12. CREIERUL TĂU LA MENOPAUZĂ

El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L. *et al.*, „The menopause transition and women's health at midlife: A progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)“, *Menopause*, nr. 26, 2019, p. 1213.

Bromberger, J.T., Kravitz, H.M., „Mood and menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over ten years“, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2011, p. 38.

Greendale, G.A., Wight, R.G., Huang, M.H. *et al.*, „Menopause-associated symptoms and cognitive performance: Results from the Study of Women's Health Across the Nation", *American Journal of Epidemiology*, 2020, p. 171.

Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonos, A.F. *et al.*, „Risk of new onset depression during the menopausal transition", *Archives of General Psychiatry*, 2006, p. 63.

Greendale, G.A., Karlamangla, A.S., Mali, P.M., „The menopause transition and cognition", *Journal of the American Medical Association*, 2020, doi:10.1001/jama.2020.1757.

Miller, V.M., Naftolin, F., Asthgana, S. *et al.*, „The Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS): What have we learned?", *Menopause*, 2019, p. 26.

Savolainen-Peltonen, H., Rahkola-Soisalo, P., Hoti, F. *et al.*, „Use of postmenopausal hormone therapy and risk of Alzheimer's disease in Finland: Nationwide case-control study", *BMJ*, nr. 364, 2019, p. l665.

CAPITOLUL 13. VAGINUL ȘI VULVA

Suh, D.D., Yang, C.C., Cao, Y., Garland, P.A. *et al.*, „Magnetic resonance imaging anatomy of the female genitalia in premenopausal and postmenopausal women", *The Journal of Urology*, nr. 170, 2003, pp. 138–144.

„The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society", *Menopause*, 2020, p. 27.

Lindau, S.T., Dude, A., Gavrilova, N., Hoffman, J.N., Schumm, L.P., McClintock, M.A., „Prevalence and correlates of vaginal estrogenization in postmenopausal women in the United States", *Menopause*, nr. 24, 2017, pp. 536–545.

Edwards, D., Panay, N., „Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause:

How important is vaginal lubricant and moisturizer composition?", *Climacteric*, 2016, p. 19.

Gunter, J. *The Vagina Bible*, capitolele 1 și 2, Kensington, New York, 2019. *Vezi și* ediția în limba română: Gunter, J. *Biblia vaginului*, capitolele 1 și 2, traducere de Margareta Manole, Curtea Veche Publishing, București, 2021.

Shifren, J.L., „Genitourinary syndrome of menopause", *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2018.

Ghandhi, J., Chen, A., Dagur, G. *et al.*, „Genitourinary syndrome of menopause: An overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, decembrie 2016.

Rahn, D.D., Carberry, C., Sanses, T.V. *et al.*, „Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause. A systemic review", *Obstetrics & Gynecology*, nr. 124, vol. 5, 2014, pp. 1147–1156.

Hickey, M., Szabo, R.A., Hunter, M.S., „Non-hormonal treatments for menopausal symptoms", *BMJ*, 2017, p. 359.

„The Use of Vaginal Estrogen in Women with a History of Estrogen-Dependent Cancer", ACOG Committee Opinion Number 659, martie 2016.

Paraiso, F.M.R., Ferrando, C.A., Sokol, E.R. *et al.*, „A randomized clinical trial comparing vaginal laser therapy to vaginal estrogen therapy in women with genitourinary syndrome of menopause: The VeLVET Trial", *Menopause*, 2019, p. 27.

CAPITOLUL 14. SĂNĂTATEA VEZICII URINARE

Krause, M., Wheeler, T.L., II, Snyder, T.E. *et al.*, „Local effects of vaginally administered estrogen therapy: A review", *Journal of Pelvic Medicine and Surgery*, 2009, p. 15.

Brubaker, L., Carberry, C., Nardos, R. *et al.*, „American Urogynecologic Society Best-Practice Statement:

Recurrent urinary tract infection in adult women", *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 2018, p. 24.

„Urinary incontinence in women", buletin de practică nr. 155, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, nr. 126, 2015, pp. e66–e81.

Nicolle, L.E., „Cranberry for prevention of urinary tract infection? Time to move on", *Journal of the American Medical Association*, 2016, p. 16141.

„Pelvic organ prolapse", buletin de practică 185, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2017, p. 130.

CAPITOLUL 15. SĂ VORBIM DESPRE SEX

Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E. *et al.*, „Women's sexual desire and arousal disorders", *Journal of Sexual Medicine*, 2010, p. 7.

Brotto, L., „Evidence-based treatments for low sexual desire in women", *Frontiers Neuroendocrinology*, 2017, p. 45.

Moynihan, R., „Evening the score on sex drugs: feminist movement or marketing masquerade?", *BMJ*, nr. 349, 2014, p. g6246.

„Female sexual dysfunction", buletin de practică nr. 213, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, p. 134.

Meixel, A. *et al.*, *Journal of Medical Ethics*, 2015, p. 41.

Reed, B.G., Bou Nemer, L., Carr, B.R., „Has testosterone passed the test in premenopausal women with low libido? A systemic review", *Journal of Women's Health*, 2016, p. 8.

„Bremelanotide (Vylessi) for hypoactive sexual desire disorder", *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 2019, p. 61.

„Flibanserin (Addyi) for hypoactive sexual desire disorder“, *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 2015, p. 57.

Brotto, L.A., Basson, R., „Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women“, *Behavior Research and Therapy*, 2014, p. 57.

Segraves, R.T., Clayton, A., Croft, H. *et al.*, „Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women“, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004, p. 24.

Nurnberg, H.G., Hensley, P.L., Heiman, J.R. *et al.*, „Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial“, *Journal of the American Medical Association*, 2008, p. 300.

Shifren, J.L., Davis, S.R., „Androgens in postmenopausal women: A review“, *Menopause*, 2017, p. 24.

Davis, S.R., Baber, R., Panay, N. *et al.*, „Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women“, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2019, p. 104.

Davis, S.R., Moreau, M., Kroll, R. *et al.*, „Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen“, *New England Journal of Medicine*, 2008, p. 359.

CAPITOLUL 16. MĂ VOI MAI SIMȚI VREODATĂ ODIHNITĂ?

Baker, F.C., Lampio, L., Saaresranta, T. *et al.*, „Sleep and sleep disorders in the menopause transition“, *Sleep Medicine*, 2018, p. 13.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția 6, Crandall C.J. (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Xu, M., Bélanger, L., Ivers, H. *et al.*, „Comparison of subjective and objective sleep quality in

menopausal and non-menopausal women with insomnia“, *Sleep Medicine*, 2011, p. 12.

Kravitz, H.M., Janssen, I., Bromberger, J.T. *et al.*, „Sleep trajectories before and after the final menstrual period in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)“, *Current Sleep Medicine Review*, 2017, p. 3.

Lampio, L., Polo-Kantola, P., Polo, O. *et al.*, „Sleep in midlife women: Effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms“, *Menopause*, 2014, p. 21.

Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C. *et al.*, „Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: Canadian Longitudinal Study on Aging“, *Menopause*, 2019, p. 27.

CAPITOLUL 17. TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI

„The “Marker Degradation“ and Creation of the Mexican Steroid Hormone Industry 1938– 1945. The Historic Chemical Landmarks Program“, American Chemical Society.

Wilson, R.A., *Feminine Forever*, M. Evans and Company, New York, 1966.

Reza, A., *Marketing Menopause: An Analysis of How the Marketing of Premarin Changed as Societal Perception of Menopause Changed*, Carleton University, Ottawa, 2009.

„Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phase of the Women's Health Initiative randomized trials“, rezumat executiv, *Journal of the American Medical Association*, octombrie 2013.

Langer, R.D., „The evidence base for HRT: What can we believe?“, *Climacteric*, 2017.

Vinogradova, Y., Coupland, C., Hippisley-Cox, J., „Use of hormone replacement therapy and risk of venous

thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases“, *BMJ*, 2019, p. 364.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția 6, Crandall C.J. (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

Manson, J.E., Bassuk, S.S., Kaunitz, A.M. *et al.*, „The Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy: Lessons learned“, *Menopause*, 2020, p. 27.

CAPITOLUL 18. UNIVERSUL CINEMATIC AL HORMONILOR

„The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society“, *Menopause*, 2017, p. 24.

Minami, C.A., Freedman, R.A., „Menopausal hormone therapy and long-term breast cancer risk. Further data from the Women's Health Initiative trials“, *Journal of the American Medical Association*, 2020, p. 324.

Reame, N.K., „Estetrol for menopause symptoms: The Cinderella of estrogens or just another fairy tale?“, *Menopause*, 2020, p. 27.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția 6, Crandall C.J. (ed. șef), North American Menopause Society, 2019.

„Postmenopausal estrogen therapy: Route of administration and risk of venous thromboembolism“, opinia comitetului nr. 556, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, nr. 121, 2013, pp. 887–890.

Bagot, C.N., Marsh, M.S., Whitehead, M. *et al.*, „The effect of estrone on thrombin generation may explain the different thrombotic risk between oral and transdermal hormone replacement therapy“, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2010.

Stute, P., Wildt, L., Neulen, J., „The impact of micronized progesterone on breast cancer risk: A systematic review“, *Climacteric*, 2018, p. 21.

CAPITOLUL 19. FITOESTROGENII, ALIMENTELE ȘI HORMONII

Rowland, I., Faughnan, M., Hoey, L., „Bioavailability of phytoestrogens“, *British Journal of Nutrition*, 2003, p. 89.

Patisaul, H.B., „Endocrine disruption by dietary phyto-oestrogens: Impact on dimorphic sexual systems and behaviours“, *Proceedings of the Nutrition Society*, 2017, p. 76.

Shappell, N.W., Berg, E.P., Magolski, J.D. *et al.*, „An in vitro comparison of estrogenic equivalents per serving size of some common foods“, *Journal of Food Science*, 2019.

Zamora-Ros, R., Knaze, V., Luján-Barroso, L. *et al.*, „Dietary intakes and food sources of phytoestrogens in the European Prospective Investigation into cancer and nutrition (EPIC) 24-hours dietary recall cohort“, *European Journal of Clinical Nutrition*, 2012, p. 66.

Steinberg, F.M., Murray, M.J., Lewis, R.D. *et al.*, „Clinical outcomes of a 2-year soy isoflavone supplementation in menopausal women“, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2011, p. 93.

Michaëlsson, K., Wolk, A., Langenskiöld, S. *et al.*, „Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: Cohort studies“, *BMJ*, 2014, p. 349.

CAPITOLUL 20. HORMONII BIOIDENTICI NATURALI ȘI PREPARATELE MAGISTRALE

Bhavnani, B.R., Stancyk, F.Z., „Misconception and concerns about bioidentical hormones used for

custom-compounded hormone therapy“, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2012, p. 97.

„The Clinical Utility of Compounded Bioidentical Hormone Therapy: A Review of Safety, Effectiveness, and Use“, The National Academies Press, Washington, DC, 2020.

„Experts slam Oprah and Somers' take on menopause“, *Newsweek*, *8* februarie 2009, accesat la 19 noiembrie 2020 pe newsweek.com/experts-slam-oprah-and-somers-take-menopause-82463.

„FDA statement on improving adverse event reporting of compounded drugs to protect patients“, accesat la 19 noiembrie 2020 pe fda.gov/news-events/press-announcements/ statement-improving-adverse-event-reporting-compounded-drugs-protect-patients.

„Disciplinary order, Prudence Hall, MD, Medical Board California“, accesat la 19 noiembrie 2020 pe 4patientsafety.org/documents/Hall,%20Prudence%20Eli 08-03.pdf.

Liss, J., Santoro, N., „Stand firm with science: The compounded bioidentical hormone industry needs major changes in oversight to keep consumers safe“, *Contemporary OB/GYN*, 2020, p. 65.

CAPITOLUL 21. DIETE LA MENOPAUZĂ

„Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Health implications of dietary fiber“, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2015, p. 115.

Boutot, M.E., Purdue-Smith, A., Whitcomb, B.W., „Dietary protein intake and early menopause in the Nurses' Health Study II“, *American Journal of Epidemiology*, 2017, p. 187.

Dunneram, Y., Greenwood, D.C., Burley, V.J. *et al.*, „Dietary intake and age at natural menopause: Results from the UK Women's Cohort Study“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, nr. 72, 2018, pp. 733–740.

Marcason, W., „What are the components to the MIND diet?“, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2015, p. 115.

Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A. *et al.*, „Mediterranean diet and multiple health outcomes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials“, *European Journal of Clinical Nutrition*, 2018, p. 72.

Martínez, Steele E., Galastri Baraldi, L., Laura da Costa Louzada, M. *et al.*, „Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: Evidence from a nationally representative cross-sectional study“, *BMJ Open*, nr. 6, 2016, p. e009892.

Hall, K.D., Ayuketah, A., Brychta, R. *et al.*, „Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake“, *Cell Metabolism*, 2019, p. 19.

zabeth%202018-

CAPITOLUL 22. „MENOCEUTICELE“

„Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society“, *Menopause*, 2015, p. 22.

„The composition of certain secret remedies“, *BMJ*, 1911, p. 2.

Horwitz, R., *Lydia Pinkham's Vegetable Compound (1873-1906)*, Embryo Project Encyclopedia, 20.05.2017, ISSN: 1940-5030, preluată de pe embryo.asu.edu/handle/10776/11506.

Manson, J.E., Cook, N.R., Lee, I-Min *et al.*, „Marin n-3 fatty acids and prevention of cardio-vascular disease and cancer“, *New England Journal of Medicine*, nr. 380, 2019, pp.23–32.

Yao, P., Bennett, D., Mafham, M. *et al.*, „Vitamin D and calcium for the prevention of fracture: A systematic review and meta-analysis“, *JAMA Network Open*, 2019, p. 2.

Manson, J.E., Bassuk, S.S., „Vitamin and mineral supplements. What clinicians need to know", *Journal of the American Medical Association*, 2018, p. 319.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția 6, Crandall C.J. (ed.), North American Menopause Society, 2019.

CAPITOLUL 23. CONTRACEPȚIA ȘI TRANZIȚIA SPRE MENOPAUZĂ

„Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions", buletin de practică nr. 206, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology*, nr. 133, 2019, pp. e128–e150.

Allen, R., Cwiak, C.A., Kaunitz, A.M., „Contraception in women over 40 years of age", *Canadian Medical Association Journal*, 2013, p. 185.

The ESHRE Capri Workshop Group, „Female contraception over 40", *Human Reproduction Update*, 2009, p. 15.

„Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: A guideline", Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, *Fertility and Sterility*, 2016.

Menopause Practice, A Clinician's Guide, ediția 6, Crandall C.J. (ed.), North American Menopause Society, 2019.

Pergallo, R., Polis, C., Jenses, E.T. *et al.*, „Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention", *Obstetrics & Gynecology*, 2018, p. 132.

Fehring, R.J., Mu, Q., „Cohort efficacy study of natural family planning among perimenopausal women", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2014, p. 43.

Mulțumiri

Cei doi oameni care merită cele mai mari mulțumiri sunt fiii mei, Oliver și Victor. „Nu pot, scriu“ a devenit un refren atât de comun, încât ați încetat să mă mai întrebați și ați găsit în schimb modalități de a mă susține, dar și de a mă ține la locul meu. Vi se datorează multe treburi casnice. Urechile pot fi găurite. Emisiunile pot fi vizionate în maraton. Se pot coace deserturi noi. Și sper că, în cele din urmă, vom putea face excursii. Nu vă pierdeți talentele nou descoperite de a spăla rufele și de a face curat în bucătărie.

Tania Malik, îți mulțumesc pentru sugestiile și intuiția ta. Îți sunt veșnic recunoscătoare pentru timpul și efortul pe care mi le-ai oferit cu amabilitate pentru a mă ajuta să conturez această carte. Ești o scriitoare talentată și o prietenă minunată.

Maya Creedman, dr. Lori Brotto, dr. Yoni Freedhoff și dr. Ethan Weiss, vă mulțumesc pentru feedbackul și întrebările prețioase.

Mulțumesc familiei mele de la editura Kensington. Mulți dintre voi ați lucrat din greu pentru a da viață acestei cărți și apreciez devotamentul vostru atât față de „vagenda“ mea, cât și față de manifestul meu. Mulțumiri speciale lui Esi Sogah pentru că a fost o editoare minunată și răbdătoare

și pentru că m-a ținut pe calea cea bună. Și e greu să mă ții pe calea cea bună, dar ție îți iese mereu! Iar Ann Pryor, ești cu totul minunată și îți mulțumesc pentru că ai făcut ca toate cărțile mele să ajungă în mâinile atâtor oameni. De asemenea, Lisa Clark, îți mulțumesc încă o dată pentru ilustrațiile tale minunate.

Le mulțumesc celor de la Penguin Random House din Canada, în special Amandei Betts și lui Sharon Klein.

Tuturor celor care îmi citesc și îmi distribuie postările, articolele și cugetările de pe rețelele de socializare. Apreciez sprijinul vostru și întrebările pe care mi le puneți și faptul că mă trageți la răspundere.

Nu aș fi fost niciodată în această postură dacă nu ar fi existat miile de femei care mi-au încredințat îngrijirea lor. A fost un adevărat dar să fiu medicul vostru și sper să continui să merit acest privilegiu.

Și, în sfârșit, Todd, îți mulțumesc. Dacă cineva mi-ar fi spus acum câțiva ani că la vârsta de 53 de ani îmi voi întâlni iubirea vieții mele, i-aș fi râs în față. Să fi crezut că voi întâlni un bărbat doar okay, sigur. Dar renunțasem de mult la ideea că există un partener pentru mine. Și apoi asta? Asta!!! Mă simt de parcă aș fi într-un univers al lui Mary Poppins în care lista mea de dorințe personale a fost considerată ridicolă, așa că am rupt-o, am aruncat-o în foc și am uitat de ea, doar ca să apari tu și să scoți din buzunar lista mea lipită cu bandă adezivă. Ești protectorul meu, iubitul meu, prietenul

meu cel mai bun și nu mă lași să scap cu scuze de doi bani.

Note

1 Site și aplicație din spațiul american, care publică recenzii despre companii. (*N. red.*)

2 Traducere de Margareta Manole, Curtea Veche Publishing, București, 2021. (*N. red.*)

3 Scriitoare americană, cunoscută pentru cărțile sale adresate copiilor, adolescenților și tinerilor, în care îi familiarizează cu corpul lor. (*N. red.*)

4 Trimitere la faptul că primele trei litere ale cuvântului „menopauză“, „men“, înseamnă „bărbați“ în limba engleză. (*N. red.*)

5 *Hot flashes* este termenul folosit în engleză pentru bufeuri (*flash* = aprindere, clipă, fulger, sclipire). (*N. red.*)

6 În engleză, „sex hormone-binding globulin“. (*N. red.*)

7 „High“, respectiv „low“, în limba engleză. (*N. red.*)

8 Izoflavonă care se găsește în soia și produsele din această leguminoasă. (*N. red.*)

9 Dispozitiv de administrare intrauterină, practic, un sterilet. (*N. red.*)

10 Diagnosticul de osteopenie încă se pune în România, ca o formă de demineralizare a oaselor care precedă osteoporoza. (*N. red.*)

11 În engleză, trimitere la „lift more“, „ridică mai mult“. (*N. red.*)

12 Lori A. Brotto, *Sex conștient. Cultivarea dorinței prin mindfulness pentru femei*, traducere de Mirela Iacob, Curtea Veche Publishing, București, 2022. (*N. red.*)

13 Sau PT-141. (*N. red.*)

14 „Cremă pentru țipete“, în engleză. (*N. red.*)

15 Cunoscut și sub numele de boala Willis Ekbom. (*N. red.*)